



ATLAS

DER

KRANKHEITEN

DER

MUND- UND RACHENHÖHLE

VON

Prof. Dr. J. MIKULICZ, und Dr. P. MICHELSON,
DIRECTOR DER KÖNIGL. CHIRURG. UNIVERSITÄTSKLINIK UND POLIKLINIK IN BRESLAU.
PRIVATDOCENTEN IN KÖNIGSBERG.

I. HÄLFTE.

BERLIN 1891.
VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.
NW. UNTER DEN LINDEN 68.

Vorwort.

Die Mund- und Rachenhöhle ist in ihrer Eigenschaft als Zugangspforte des Digestions- und Respirations-Apparates vielfachen directen Schädlichkeiten ausgesetzt. Hierdurch allein schon bilden die in dieser Körpergegend sich abspielenden Krankheitszustände ein umfangreiches und wichtiges Gebiet der Pathologie. Es erhöht sich aber die Zahl der an der Mund- und Rachenhöhle zu beobachtenden Affectionen noch dadurch, dass in einigen der verbreitetsten Infectionskrankheiten die uns interessirende Region einen locus minoris resistentiae, einen vorzugsweise gefährdeten Angriffspunkt für das im Körper befindliche Virus bildet. Auch die Disposition der diese Cavitäten begrenzenden Gewebe zur Geschwulstbildung ist beträchtlich.

Aus allen erwähnten Umständen resultirt die Thatsache, dass an keiner andern Stelle des menschlichen Körpers gleich häufige und gleich mannigfaltige krankhafte Veränderungen auftreten.

Bei der Beurtheilung dieser Veränderungen ist man hauptsächlich auf den Gesichtssinn angewiesen und die Erfahrung im Unterrichte lehrt, wie schwer es dem weniger Geübten fällt, die in Betracht kommenden, oft nur geringen, für die Differential-Diagnose aber bedeutungsvollen Abweichungen in Farbe und Form aufzufassen und dem Gedächtnisse einzuprägen. Grade der mit den Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle am besten vertraute Arzt wird sich dessen klar bewusst sein, wie gross die diagnostischen Schwierigkeiten sind, welche sich — zumal in den Anfangsstadien — bei einer ganzen Reihe der hier localisirten Affectionen dem Beobachter darbieten.

So hoffen wir denn, dass der vorliegende Versuch, das Gesammtgebiet der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle durch eine Anzahl ausgewählter und in den beigegebenen Krankheitsgeschichten näher beschriebener Fälle zu bildlicher Darstellung zu bringen, als nicht ganz werthlos anerkannt werden wird.

Ein ähnliches Werk existirt in der Litteratur unseres Wissens bisher nicht. Vielleicht beruht dies weniger darauf, dass die Wichtigkeit der Aufgabe, die wir uns stellten, nicht genügend gewürdigt worden wäre, als auf dem Umstande, dass bei der

heutigen Arbeitstheilung weder der Chirurg, noch der Laryngo-Rhinolog, noch der Dermatolog allein über eine genügende Erfahrung, über ein ausreichendes Beobachtungsmaterial verfügt, um der Lösung dieser Aufgabe nähertreten zu können.

Was die Grenzen anbelangt, welche wir uns bei der Ausführung unseres Themas steckten, so betrachteten wir als räumlich in den Bereich desselben gehörig: Die Krankheitszustände der Mundhöhle vom Lippenroth bis zu den Fauces, des Pharynx vom Fornix bis zur Höhe des Kehlkopfeingangs. Die directer Besichtigung nicht zugänglichen Theile der Mundhöhle und des Rachens sind in Spiegelbildern zur Anschauung gebracht. — Inhaltlich wurden vor Allem diejenigen Affectionen zum Vorwurfe der Arbeit gemacht, welche in diagnostischer, in therapeutischer oder in beiden Beziehungen belangreich sind, gleichviel, ob sie an der uns interessirenden Körperregion primär oder als Theilerscheinungen eines Allgemeinleidens entstanden waren.

Um den Umfang des Werkes nicht zu sehr auszudehnen, sind von der Aufnahme in dasselbe von vorneherein ausgeschlossen: 1. Die sowohl in den Lehrbüchern der Chirurgie als auch in vorzüglichen Specialwerken erschöpfend dargestellten angeborenen Missbildungen. 2. Verletzungen. 3. Erkrankungen, die von aussen her sich auf die Mund- und Rachenhöhle fortgesetzt haben, ohne daselbst besonders characteristische Veränderungen hervorzurufen.

Bei häufiger vorkommenden, in ihrer Erscheinungsform typischen und dadurch allgemeiner bekannten Zuständen beschränkten wir uns auf die Wiedergabe weniger Paradigmen. Nicht so sparsam gingen wir mit dem uns zur Verfügung stehenden Raume um, wo es sich um unseres Erachtens bisher noch nicht genügend beachtete oder auch um solche Affectionen handelte, die vor uns überhaupt noch nicht anderweitig beschrieben oder wenigstens nicht bildlich dargestellt worden sind.

Als Eintheilungs-Princip ist nicht die Pathogenese, sondern die Localisation der Processe gewählt, weil auf diese Weise die Möglichkeit gegeben war, die differentiell-diagnostisch wichtigen Zustände nahe bei einander zu demonstriren.

Dem Atlas einen in Lehrbuchform systematisch geordneten Text mitzugeben, schien uns nicht empfehlenswerth; vielmehr glaubten wir, das Werk, das bei seiner Kostspieligkeit auf neue Auflagen wohl wenig Aussicht hat, vor Veraltung am besten zu schützen, wenn wir uns auf die objective Schilderung jedes einzelnen Krankheitsfalles beschränkten. Erläuternde Bemerkungen sind, wo es erforderlich schien, den Krankheitsgeschichten beigefügt und in einem Anhange vereinigt.

Unser Buch enthält fast ausschliesslich eigene Beobachtungen; einige lehrreiche Fälle sind uns, wie aus dem Texte hervorgeht, durch die Güte von Fachgenossen zur Verfügung gestellt. Allen, die uns bei der Sammlung des Stoffes unterstützten, sei hier nochmals der beste Dank ausgesprochen.

Wir dürfen dieses Vorwort nicht schliessen, ohne auch dem academischen Maler, Herrn H. Braune in Königsberg, für die Hingebung zu danken, mit der er seine künstlerische Begabung unserem Unternehmen gewidmet hat. Ebenso ist es uns eine angenehme Pflicht, des Geschicks und der Sorgfalt zu gedenken, welche Herr Lithograph W. A. Meyn (Berlin) bei der Reproduction der Original-Zeichnungen bethätigte und

hervorzuheben, dass die Verlagshandlung des Herrn August Hirschwald allen seitens der Unterzeichneten im Interesse des Atlas geäusserten Wünschen das bereitwilligste Entgegenkommen zeigte.

Ein Buch, wie das vorliegende, stellt höhere Anforderungen an das verständnissvolle Handinhandgehen aller Betheiligten, als der den Verhältnissen ferner Stehende vielleicht ahnt. Vermöchte die Schaffensfreudigkeit den Erfolg zu verbürgen, mit welcher nicht nur die Unterzeichneten selbst, sondern auch der Maler, der Lithograph und der Verleger an der Vollendung dieses Atlas gearbeitet haben, dann wäre demselben eine freundliche Aufnahme gesichert.

Breslau und Königsberg, im April 1891.

J. Mikulicz. **P. Michelson.**



Inhalt der ersten Hälfte.

(Tafel I—XXII.)

Tafel I.

Fig. 1. Scrophulöse Hypertrophie der Lippen.

A. R., 16 J. alt, Fleischertochter aus Ostpreussen.

Keine tuberculöse Hereditaet zu eruiren, doch soll der in Folge eines Unglücksfalls im 49. Lebensjahr verstorbene Vater schwächlich gewesen sein und dauernd an Husten gelitten haben. Mehrere Geschwister der Pat. starben in frühester Kindheit. Von den am Leben befindlichen 8 Geschwistern sind die meisten schwächlich, „scrophulös". Eine 18 j. Schwester leidet seit mehreren Jahren an Eiter-Ausfluss aus den Ohren, eine 22j. Schwester ist lahm in Folge einer vor längerer Zeit schleichend entstandenen und wiederholt, aber erfolglos behandelten Anschwellung des rechten Kniegelenks.

Pat. selbst ist von Kindheit an sehr schwächlich gewesen, hat oft an Anschwellung der am Hals gelegenen Drüsen gelitten. Vor 4 Jahren machte sie Diphtheritis durch; sie ist noch nicht menstruirt. — Schon in ihrem 10. Lebensjahr machte sich eine Anschwellung beider Lippen, besonders der Oberlippe bemerkbar; mit Schmerzen war diese Anschwellung nicht verbunden, ausser, wenn die Lippen „eingeplatzt" waren, was öfters vorkam.

Dezember 1889: Schwächlich gebautes, nicht ihrem Alter entsprechend entwickeltes, blass aussehendes und anscheinend geistig wenig reges Mädchen. Die Lippen sind gewulstet, von blass-röthlicher Färbung; zugleich erscheint die Oberlippe ein wenig verkürzt und sind 3 in

verticaler Richtung verlaufende Rhagaden an derselben bemerkbar; innerhalb des von den Rhagaden durchfurchten medianen Theils der Oberlippe blättert die Epidermis an einzelnen Stellen in Form dünner, kleiner bräunlicher Lamellen ab. Die Resistenz des Gewebes der Lippen ist etwas über die Norm erhöht; an der Lippenschleimhaut fallen keine Veränderungen auf, doch unterscheidet sich dieselbe von der, sonst durchweg blassen übrigen Mundschleimhaut durch ein etwas lebhafteres Colorit. Am obersten Theil der Kronen der rechtseitigen oberen Schneidezähne beginnende Caries. Unterer Theil der äussern Nase etwas dick; Haut der äussern Nase, besonders an der Nasenspitze von speckigem Glanz. Eczema vestibuli narium, sonst rhinoscopisch nichts Bemerkenswerthes. Unter dem linken Kieferwinkel eine stark haselnussgrosse Lymphdrüse. Untersuchung des übrigen Körpers, besonders auch der Lungen, ergiebt nichts Abnormes. Ord. Roborirende Diät. Leberthran; Unguent. kal. jodat. mit massirenden Bewegungen in die Oberlippe einzureiben.

28. VI. 1890. Die Anschwellung der Lippen und der äussern Nase ist geringer geworden; sonst stat. idem. Ord. id. Ausserdem Salzbäder.

Fig. 2. Abscess der Unterlippe.

H., 25 J. alt, Beamter aus Königsberg.

Bei dem schwächlich gebauten, sonst aber gesunden, niemals syphilitisch inficirten Patienten fand sich Ende Dezember 1889 ein Furunkel an der Streckseite des r. Handgelenks, Mitte Januar 1890 ein solcher der l. Submental-Gegend. Am 21. I. 1890 bemerkte Pat. dicht unterhalb der rechten Unterlippe ein etwa erbsengrosses, mit einem gelben Kopf versehenes Knötchen, das er mit einer alten Nähnadel aufstach; auf leichten Druck quoll dann aus der Stich-Oeffnung Eiter und Blut hervor. Bald darauf nahm die Anschwellung erheblich an Umfang zu, auch machte sich im Bereich derselben ein schmerzhaftes Spannungsgefühl bemerkbar. Am 23. I. 1890 präsentirte sich Pat. bei einem der Herausgeber dieses Atlas mit einem hart anzufühlenden, fast kirschgrossen Infiltrate des Lippenroths der rechten Unterlippen-Hälfte. An der Innenfläche dieses Infiltrats war die Schleimhaut geröthet, auf Druck empfindlich; Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen nicht nachweisbar. Am 26. I. 1890 (Tag der Aufnahme unserer Abbildung) prominirt die Schleimhautoberfläche der Intumescenz fast halbkugelartig und ist die Geschwulst elastisch-weich, fluctuirend. Am 27. I. 1890 berichtet Pat., dass aus der alten Einstichstelle während der letzten Nacht eine relativ grosse Menge blutig gefärbten Sekrets spontan ausgeflossen sei. Diese, dicht unterhalb des Lippenroths gelegene Stelle der äussern Haut, welche, seit Pat. unter ärztlicher Beobachtung stand, nicht mehr erkennbar gewesen war, markirt sich heute durch das Anhaften eines kleinen Schorfs. Schwellung und Empfindlichkeit erheblich geringer als früher.

Am 31. III. 1890 sind krankhafte Veränderungen an der Unterlippe nicht mehr vorhanden.

Fig. 3. Cyste der Unterlippe.

A. T., 12 J. alt, Arbeitersohn aus Königsberg.

Der sonst gesunde Pat. hatte — angeblich erst in letzter Zeit — eine Erhabenheit an der rechten Seite der Unterlippenschleimhaut bemerkt und suchte deswegen in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas am 7. II. 1890 Rath.

Tafel I.

Man fand die in Fig. 3 abgebildete, sich etwa 2—3 mm über das Niveau ihrer Umgebung erhebende, mit einer perlmutterähnlich glänzenden Oberfläche versehene, durchscheinende kleine Geschwulst. Die Consistenz derselben war elastisch-weich, Berührung nicht empfindlich; auch über spontan auftretende Schmerzen in der Lippe hatte Pat. nie zu klagen. Bei der am 8. II. 1890 ausgeführten Excision der Geschwulst zeigte es sich, dass, wie vorausgesetzt war, eine Cyste vorlag. Der dünne Sack derselben enthielt gelblich gefärbte, ziemlich klare, gallertartige Flüssigkeit.

Am 15. II. 1890 konnte Pat. nach Entfernung der Nähte, mittels deren die Excisions wunde vereinigt war, als geheilt entlassen werden.

Tafel I.

Fig. 1. Scrophulöse Hypertrophie der Lippen.

Fig. 2. Abscess der Unterlippe.

Fig. 3. Cyste der Unterlippe.

Tafel I

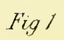


Fig 1





Fig. 3

Fig. 2

K. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin

Tafel II.

Fig. 1. Syphilitischer Initial-Affect der Unterlippe bei einer Greisin. (Primär-Affect, Sclerose, Hunter'scher Schanker, harter Schanker, syphilitischer Schanker.)

A. M., 66 J. alt, Handwerker-Wittwe aus Königsberg.

Patientin will früher gesund gewesen sein, insbesondere nicht an Hautausschlägen gelitten und keine Aborte durchgemacht haben; sie ist Mutter von 9 gesunden Kindern. Ihr Mann starb vor 20 Jahren.

Mitte Februar 1890 bemerkte Frau M. eine kleine gelbe „Blase" an der Unterlippe. Im Verlauf der nächsten Wochen wurde allmählich ein grosser Theil der Unterlippe wund und schwoll an; zugleich stellten sich Fiebererscheinungen, verbunden mit Appetit- und Schlaflosigkeit ein. — Pat. führt ihren Krankheitszustand auf Ansteckung von ihrem 1j., wie ermittelt wird, im Ambulatorium des Privatdocenten Dr. Falkenheim an acquirirter Syphilis behandelten Enkelkinde zurück. Von wem das betreffende Kind inficirt wurde, ist unbekannt.

27. IV. 1890. Kleine, schwächlich gebaute, blass aussehende Frau mit welker Greisenhaut.

Das Roth der Unterlippe an der ganzen linken Seite und der medianen Hälfte der rechten oberflächlich ulcerirt, theils mit missfarbenen Borken, theils mit gequollenem, gelblich verfärbtem Epithel bedeckt. Die betreffende Ulceration setzt sich auf die Innenfläche der Unterlippe in Form eines, bis fast an die Uebergangsfalte heranreichenden und nach unten mit unregelmässigem Landkartenartigem Rande abschliessenden flachen Geschwürs fort. In der Umgebung desselben bietet die Schleimhaut, abgesehen von einem mässigen Grade von Röthung, keine Veränderung dar. Gegenüber dem intact gebliebenen lateralen Theil der

rechten Unterlippen-Hälfte erscheint die geschwürige Partie erheblich verbreitert. Auch die äussere Haut in der nähern Nachbarschaft des linken Mundwinkels, besonders unterhalb desselben, ist entzündlich verdickt. Consistenz des infiltrirten Bezirks im Bereich der Schleimhaut elastisch-weich, im Bereich der äusseren Haut derb. Sämmtliche, der Betastung zugängigen Submental-, Submaxillar- und Cervicaldrüsen in mässigem Grade (nicht über Haselnussgrösse) geschwollen, ebenso die Inguinaldrüsen. Am Rumpf und den obern Extremitäten hirsekorn- bis linsengrosse braun - röthliche Flecke und flache Knötchen; an der Innenfläche der grossen Labien zerfallene Papeln von etwas erheblicherem Umfang. Acneartiges Exanthem der behaarten Kopfhaut. Schleimhaut der rechten Tonsille oberflächlich erodirt.

Unter antisyphilitischer Behandlung (Bedeckung des Lippen-Geschwürs mit Emplastrum mercuriale; in etwa 8tägigen Intervallen gemachten intramusculären Injectionen von 0,1 gr Hydrargyrum salicylicum) ist bis zum 17. V. 1890 die Geschwürsfläche der Unterlippe auf etwa Bohnengrösse reducirt, die entzündliche Schwellung ihrer Umgebung nach In- und Extensität geringer. Der nunmehr rein aussehende und gut granulirende Geschwürsgrund fühlt sich bei seitlichem Zusammendrücken consistenter an, als das benachbarte Gewebe. Der Hautausschlag ist verschwunden, die Affection der Tonsillar-Schleimhaut in augenscheinlicher Heilung, die Schwellung der Lymphdrüsen geringer geworden, das Allgemeinbefinden erheblich gebessert. Mitte Juli 1890 entzieht sich Pat. der weitern Behandlung und stellt sich auf besondere Aufforderung erst am 23. II. 1891 wieder vor. An diesem Tage sind, abgesehen von unbedeutender Schwellung der linksseitigen Submaxillar-Drüsen, Krankheitserscheinungen nicht mehr nachzuweisen.

Fig. 2. Syphilitischer Initial-Affect der Unterlippe.

Der Krankheits-Fall betraf eine nachweislich intacte, seitens ihres einige Monate zuvor an Lues erkrankten Bräutigams durch Kuss inficirte 21jährige Jungfrau. Für den Gesichtssinn markirte sich der Hunter'sche Lippen-Schanker als eine auf die Mitte der Lippe beschränkte Vorwölbung, die in ihrem centralen Theil am erheblichsten war, nach der Peripherie hin sich allmählig abflachte. Im Bereich einer etwa 5 mm im Durchmesser haltenden runden Stelle war die Oberfläche der Geschwulst ulcerirt und mit einer braun-röthlichen Kruste bedeckt. Bei der Betastnng (zwischen zwei Fingern) fühlte sich die infiltirte Partie der Unterlippe derb an.

Von sonstigen Symptomen der Syphilis bestanden zur Zeit der Aufnahme der Abbildung: Indolente Schwellung der Submaxillar - Drüsen, einer Submental - Drüse und Roseola. Nach etwa sechswöchiger mercurieller Behandlung war der indurirte Lippen-Schanker ohne erkennbare Narbenbildung gcheilt, das specifische Exanthem verschwunden und hatten sich die intumescirten Drüsen sehr erheblich verkleinert.

Die Erlaubniss, den Fall zeichnen lassen zu dürfen und die Notizen über denselben, verdanken wir Herrn Prof. Schneider in Königsberg.

Fig. 3. Breite Condylome (Condylomata lata, breite Feigwarzen, Schleimpapeln, Schleimhautsyphilide, Plaques muqueuses, Plaques opalines) der Lippenschleimhaut.

Verschiedene Formen, resp. verschiedene Entwicklungsstadien breiter Condylome der Lippenschleimhaut bei einer 24j. Frau, die, etwa ein Jahr zuvor mit Lues inficirt, neuerdings

Tafel II.

ines Recidives wegen (maculo-papuloeses Syphilid am Rumpf, Condylomata lata ad genitalia, num, mucosam cavi oris, Schwellung der Cervical-, Nuchal- und Inguinal-Drüsen) sich vorestellt hatte. Die in der Mundhöhle vorhandenen Plaques sassen an den Gaumenbögen, der Schleimhaut der Wangen und beider Lippen. Von den, in Fig. 3 abgebildeten Condylomen er Unterlippen-Schleimhaut entspricht das, der Uebergangsfalte zur Alveolar-Schleimhaut unächst gelegene der erythematoesen, die beiden dem Lippenroth näher gelegenen der paulösen Form des Schleimhaut-Syphilid's.

Fig. 4. Breite Condylome der Mundwinkel und der Unterlippenschleimhaut.

Breite Condylome der Mundwinkel und der Unterlippenschleimhaut bei einer 24j. Frau us Ostpreussen, die im Juli 1889 unter den Erscheinungen constitutioneller Syphilis erkrankt, on dem in ihrer Gegend ansässigen Arzte mit 4, in 8tägigen Intervallen ausgeführten ubcutanen, resp. intramusculären Injectionen in die Glutaealgegend behandelt war. Die, ereits früher existirenden, besonders beim Essen recht lebhaften Schmerzen im Mund und n Halse hatten sich unter dieser Therapie nicht gebessert, weshalb Pat. Anfang October 889 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas Rath suchte. Um diese Zeit (in velche auch die Aufnahme der Abbildung fällt) bestanden folgende Krankheits-Erscheinungen: ichtung des Haarbodens an einigen kleinen, nicht scharf umgrenzten, sonst übrigens unverinderten Stellen der Kopfhaut, Polyadenitis, besonders Schwellung der Submental- und Cervical-Drüsen, nässende Papeln in der Umgebung des Afters, breite Condylome der Zungenspitze, er Gaumenbögen, der Uvula, der Schleimhaut des velum palatinum (s. Tafel XV. Fig. 2), twas Röthung und Schwellung der Gingiva.

Das gequollene Epithel, welches die Oberfläche der Schleim-Papeln der Mundhöhle eckte, hatte (vielleicht unter dem Einfluss eines gewissen Grades von Mercurialismus?) ein och heller-weisses Colorit angenommen, als gewöhnlich.

Die papuloesen Veränderungen der Mundwinkel präsentirten sich unter dem typischen Bilde etwa hufeisenförmiger, von schmutzig-gelben Borken bedeckter, an den Lippen selbst ief eingerissener, steilrandiger Erhabenheiten.

Beseitigung der Krankheits-Erscheinungen durch etwa 5wöchige Behandlung (Mund-Reinigung mit verdünntem Liquor Alumin. acet., Cauterisation der Plaques mit Argentum itricum in Substanz, innerlich: Jodkalium).

Tafel II.

Fig. 1. Syphilitischer Initial-Affect (Primär-Affect, Sclerose, Hunter'scher Schanker, harter Schanker, syphilitischer Schanker) der Unterlippe bei einer Greisin.

Fig. 2. Syphilitischer Initial-Affect der Unterlippe.

Fig. 3. Breite Condylome (Condylomata lata, breite Feigwarzen, Schleimpapeln, Schleimhautsyphilide, Plaques muqueuses, Plaques opalines) der Lippenschleimhaut.

Fig. 4. Breite Condylome der Mundwinkel und der Unterlippenschleimhaut.

Tafel II

Fig. 1

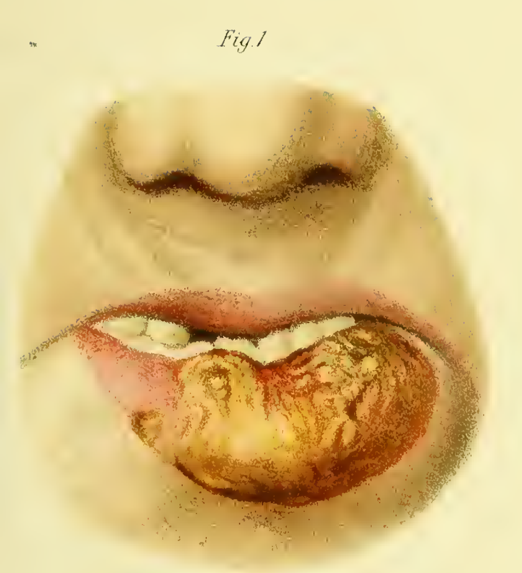


Fig. 2



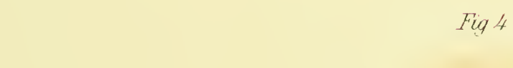


Fig. 4



Fig. 3





Tafel III.

oppelter syphilitischer Initial-Affect der Ober- und Unterlippe.

H. S., 23 J. alt, Comptoirist aus Westpreussen.

Eltern und Geschwister des Patienten leben und sind gesund. Der Kranke selbst ist it seinem 2. Lebensjahr skoliotisch, seit dem 17. Jahre leidet er an asthmatischen Anfällen. nderweitige Krankheiten will er nicht durchgemacht haben, insbesondere früher nie venerisch ficirt gewesen sein. Im Juli 1889 vollzog der (unverheirathete) Pat. angeblich zum letzten ale den Coitus; seitdem sollen nähere Berührungen mit Frauenzimmern nicht stattgefunden aben. Mitte Januar 1890 bemerkte Herr S. an der Unterlippe eine kleine Blase, 5 Tage äter eine ähnliche Erhabenheit an der entsprechenden Stelle der Oberlippe. Beide Effloresnzen bedeckten sich im Laufe der nächsten Woche mit Borken. Pat. trat nunmehr in ärztche Behandlung. Als trotzdem bis Anfang März die krankhaften Veränderungen nicht nur cht verschwunden waren, sondern sogar weitere Fortschritte machten, liess er sich in die irurgische Klinik zu Königsberg aufnehmen.

7. III. 1890. Kleiner, blass aussehender, kypho-skoliotischer Mann. Subjective Beschwern: Spannungsgefühl in den Lippen, mässige Schmerzen beim Essen, besonders beim Geniessen ark gewürzter Speisen. Appetit und Schlaf gut. Kein Fieber. An den Lippen fallen auf n ersten Blick die, einen grossen Theil der linken Hälfte des Lippenroths, theilweise auch ch der angrenzenden Haut- und Schleimhautpartien occupirenden Geschwülste auf. Die halenartig vertiefte, von einem erhabenen Rande umgebene Oberfläche derselben ist mit lbröthlichen festanhaftenden Borken bedeckt und bietet nach Ablösen derselben blassthe Färbung und ein glattes spiegelndes Aussehen dar. Beide Tumoren fühlen sich derb, r Rand des oberen fast knorpelhart an. An der Unterlippe ist der Umfang der eigentchen Geschwulst um etwa ein Viertel grösser, als der der excoriirten Oberfläche; aber ch Lippenroth und Lippenschleimhaut an den nicht von der Knotenbildung betroffenen eilen der Unterlippe sind entzündlich geröthet und geschwollen, am stärksten zunächst des mors. An der Oberlippe ist die in der Umgebung des Tumors bestehende Infiltration nach - und Extensität nicht so erheblich. Stomatitis mässigen Grades. Submental-, Submaxillard Nuchal-Drüsen geschwollen, auf Druck aber nicht empfindlich. Das in der Unterkinngend vorhandene Drüsen-Packet ist etwa wallnussgross. Die Untersuchung des übrigen örpers ergiebt nichts Bemerkenswerthes.

Ord.: Kal. jod. 1,0 p. d. als Suppositorium, Kal. chloric. (1 Theelöffel in 1 Glas asser gelöst) zum Mundspülen, Abreiben der Zähne und des Zahnfleisches mit Jodoform, glich ein Schwitzbad. 11. III.: Die Jodkali-Suppositorien werden nicht vertragen, es stellt ch nach Einführung derselben regelmässig lästiges Brennen im Mastdarm und Stuhldrang

ein. Ord. 2,0 Jodkalium p. d. innerlich, Einreibung von Unguent. Hydrarg. in die Haut über den geschwollenen Lymphdrüsen 26. III.: Ulcerationen überhäutet, Knoten verkleinert, Stomatitis fast ganz verschwunden. Jodexanthem und Jodschnupfen. Pat. wird fortan mit 2 Mal wöchentlich in die Glutaealgegend gemachten Injectionen von 0,1 Hydrargyrum salicylic. (in 1,0 Paraffin liquid.) behandelt, aber auf seinen Wunsch bereits am 1. IV. 1890 aus der Klinik entlassen, nachdem die bis dahin beobachteten Krankheitserscheinungen insoweit beseitigt sind, dass an Stelle der früheren Knoten sich nur noch diffuse leichte Verdickungen der Ober- und Unterlippe zeigen. Ueber den centralen Partien dieser Verdickungen zeigt die Haut ein narbiges Gefüge. Schwellung der am Hals gelegenen Lymphdrüsen kaum noch nachweisbar.

20. VII. 1890. Nach brieflichem Bericht vom heutigen Datum hat Pat. sich auf Verordnung des ihn an seinem Wohnort behandelnden Arztes in directem Anschluss an die hier durchgemachte Kur noch einer sechswöchigen Inunctions-Kur unterzogen und später wiederum Jodkalium gebraucht. Hautausschläge haben sich bisher nicht gezeigt, wohl aber traten wiederholt Halsaffectionen (Anschwellung der Mandeln und des Zäpfchens, Geschwüre im Hals) auf.

Tafel III.

Doppelter syphilitischer Initial-Affect der Ober- und Unterlippe.

Tafel III



K. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin



Tafel IV.

Fig. 1. Epithelialcarcinom der Unterlippe (Epithelialkrebs, Cancroid, Epitheliom).

W. P., 40jähriger Kutscher aus Ostpreussen, bemerkt seit 1 Jahr die Entwicklung des langsam grösser werdenden Geschwürs der Unterlippe. 30. IX. 1889. Die Mitte der Unterlippe trägt ein flaches Geschwür, dessen Grund und Ränder nur wenig indurirt sind. Den linken Rand begrenzt ein 2—3 mm breiter Narbensaum, welcher an einer Stelle in einen oberflächlichen, etwa 5 mm im Durchmesser haltenden, vollständig benarbten Defect der Schleimhaut übergeht. Wiewohl weder die Anamnese noch die Untersuchung des Kranken Anhaltspunkte für Syphilis ergiebt, wird eine antiluetische Behandlung eingeleitet. Kein Erfolg. Keilexcision, glatte Heilung. — Mikroskopische Untersuchung: Epithelialcarcinom.

Fig. 2. Epithelialcarcinom der Unterlippe.

G. P., 47jähriger Landmann aus Ostpreussen. Vor 10 Monaten begann die Unterlippe an einer Stelle wund zu werden, seit 6 Monaten entwickelt sich an dieser Stelle die stetig an Umfang zunehmende Verhärtung. 21. X. 1889. Kräftig gebauter, sonst gesunder Mann. Die abgebildete Geschwulst nimmt etwa die Hälfte der Unterlippe ein, erhebt sich 2—5 mm flach über das umgebende Niveau, ist fast in ganzer Ausdehnung exulcerirt, am unteren Rande mit Borken bedeckt. Die ganze Geschwulstmasse fühlt sich derb, unelastisch an und greift 5—10 mm tief in die Substanz der Lippe. Unter dem Kinn und den Kieferrändern mehrere bis haselnussgrosse, harte, nicht druckempfindliche Lymphdrüsen. — Excision der Geschwulst durch 1 cm weit im Gesunden geführte Schnitte. Exstirpation der Drüsen. Cheiloplastik aus der Kinn- resp. Halshaut. Glatte Heilung.

Fig. 3. Melanocarcinom der Oberlippe.

M. P., 48jähriger Landmann aus Galizien. Vor 4 Monaten bemerkte Pat. eine kleine, nicht schmerzhafte, dunkel gefärbte Geschwulst an der Innenfläche der Oberlippe. Da sie

stetig wuchs, consultirte er einen Arzt, welcher den Versuch machte, dieselbe mit Cuprum sulfuricum zu zerstören. Von diesem Versuch rührt das Geschwür im Centrum der Geschwulst her. 30. IV. 1885. Die abgebildete Geschwulst nimmt in Form eines Dreieckes die Innenfläche und das Lippenroth der linken Hälfte der Oberlippe ein. Sie erscheint scharf begrenzt, erhebt sich flachkugelig über ihre Umgebung, ist von derb-elastischer Consistenz und durchsetzt fast die ganze Dicke der Lippe; die Aussenfläche der Lippe anscheinend unverändert. Im Centrum der Geschwulst ein vertieftes, mit dunkel-graubraunem Schorf bedecktes Geschwür; Lymphdrüsen nicht nachweisbar. — Excision der Geschwulst. Cheiloplastik aus der Wangenhaut. Heilung. — Mikroskopische Untersuchung: Melanocarcinom. (Krakauer chirurgische Klinik).

Tafel IV.

Fig. 1. Epithelialcarcinom der Unterlippe (Epithelialkrebs, Cancroid, Epitheliom).

Fig. 2. Epithelialcarcinom der Unterlippe.

Fig. 3. Melanocarcinom der Oberlippe.



Fig 1
Fig 2
Fig 3



Tafel V.

Fig. 1. Epithelialcarcinom der Unterlippe.

D. L., 60jähriger Bauer aus Ostpreussen. Vor 5 Jahren zerriss sich Pat. durch einen Fall die Unterlippe, welche vernäht wurde und anstandslos wieder zusammenheilte. Vor $^3/_4$ Jahren entwickelte sich in der Narbe eine harte Stelle, welche nach 6 Wochen wund wurde. Von da an nahm die Verhärtung stetig an Umfang zu, bis sie zur gegenwärtigen Geschwulst heranwuchs. Geringe Beschwerden. Im letzten Jahre soll Pat. abgemagert sein. 27. XI. 89. Schlecht genährter Mann ohne anderweitig nachweisbare krankhafte Veränderungen. Die abgebildete Geschwulst nimmt die ganze Unterlippe bis über die Mundwinkel ein. Die pilzförmig überwuchernden Massen sind von mässig derber Consistenz; sie lassen bei Druck aus einzelnen erweichten Partien ein rahmartiges Secret hervortreten. Die Geschwulst geht in Form einer flach - höckerigen Verhärtung in die Haut bis nahe an das Kinn über. Die ganze Geschwulstmasse über der knöchernen Unterlage nicht verschiebbar. Unter dem Kinn und den Kieferwinkeln eine Reihe oberflächlicher, harter, bis haselnussgrosser Drüsen. Ausrottung der Geschwulst sammt den Weichtheilen des Kinnes bis auf den Knochen. Entfernung der Lymphdrüsen. Cheiloplastik aus der Halshaut in 2 Zeiten. Heilung. Mikroskopische Untersuchung: Epithelialcarcinom.

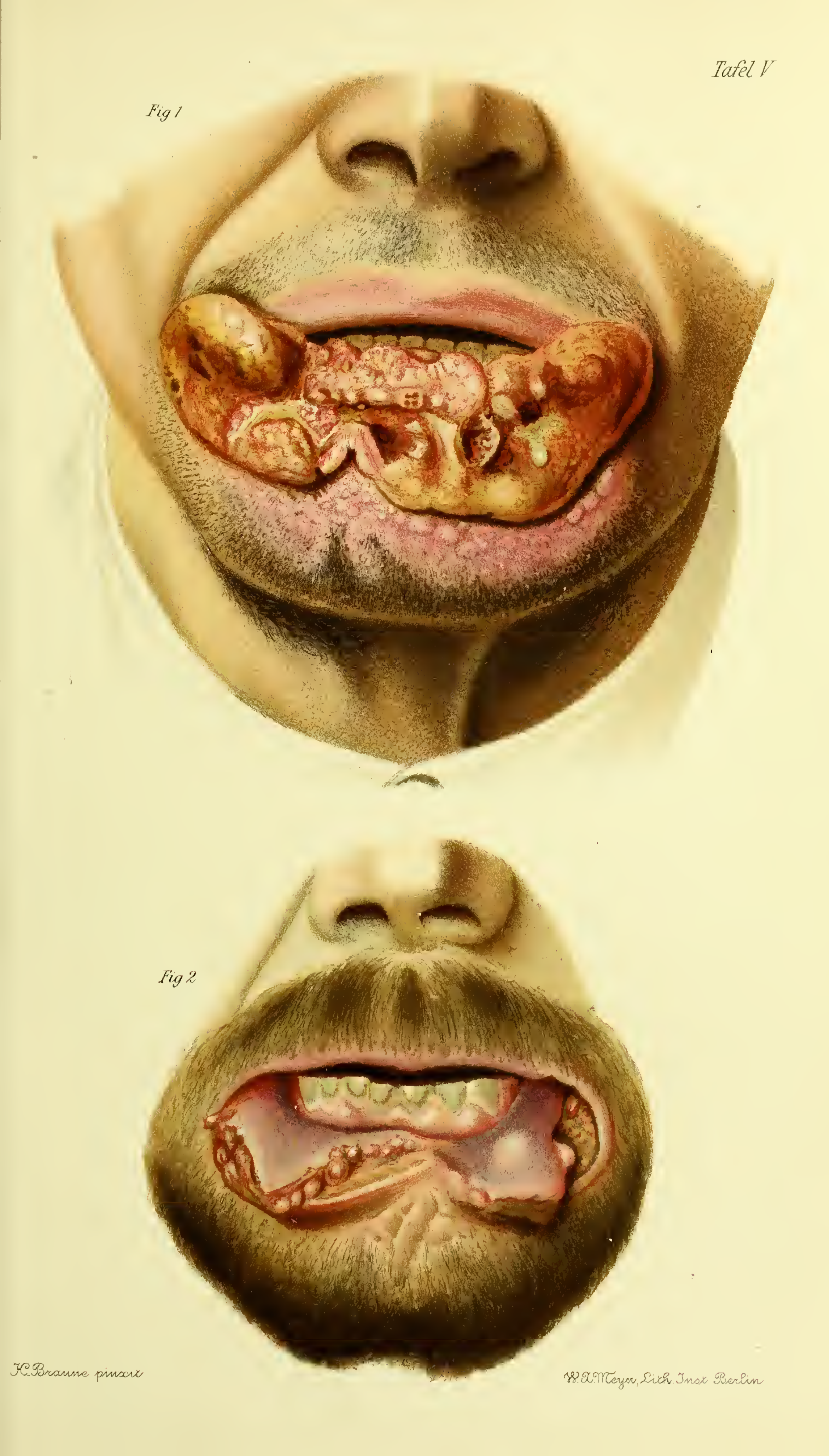
Fig. 2. Epithelialcarcinom der Unterlippe.

C. D., 58jähriger Arbeiter aus Ostpreussen, bis dahin gesund. Vor $2^1/_2$ Jahren bildete sich auf der Unterlippe ein Geschwür, welches allmählich grösser wurde und jeder Behandlung trotzte. Seit 1 Jahr raschere Vergrösserung desselben mit fortschreitender Zerstörung der Lippe. — 1. II. 1888. Schlecht genährter Mann mit schlaffen Hautdecken. Bronchitis; sonst keine nachweisbaren Veränderungen. Die abgebildete Zerstörung, welche die ganze Unterlippe und die Grenzpartien der Oberlippe betrifft, lässt kaum die Zeichen einer Geschwulstbildung erkennen. Nur der tastende Finger kann eine, stellenweise sehr deutliche, selbst mehrere Millimeter in's Gewebe reichende Induration der Geschwürsränder constatiren. An einzelnen Stellen wuchern aus der Geschwürsfläche hirsenkorn- bis erbsengrosse

mässig harte Geschwulstknötchen. — Submental- und Submaxillar-Drüsen bis haselnussgross, beweglich. — Ausrottung der Geschwulst und der Lymphdrüsen, Cheiloplastik, Heilung. — Mikroskopische Untersuchung: Epithelialcarcinom. 31. V. 1889, also $1\frac{1}{4}$ Jahr später kommt der äusserst heruntergekommene Pat. mit einem ausgedehnten Recidiv wieder, welches die neugebildete Unterlippe, die Haut des Kinn's und zum Theil auch das Mittelstück des Unterkiefers zerstört hat. Einzelne kleine Drüsen. Der Process schreitet wie das erste Mal mit vorwiegenden Erscheinungen der Destruction vorwärts. Abermalige Excision der Geschwulst mit partieller Resection des Unterkiefers. 28. VIII. wird Pat. mit anscheinend recidivfreier Narbe entlassen. In den nächsten Monaten stellt sich Pat. mit einem ausgedehnten inoperablen Recidiv vor.

Tafel V.

Fig. 1. u. 2. Epithelialcarcinom der Unterlippe. (Weit vorgeschrittene Formen in zwei extremen Typen.)


Tafel V
Fig 1
Fig 2
K. Braune pinxit
W.A. Meyn, Lith. Inst. Berlin

Tafel VI.

Fig. 1. Lymphangiom der Oberlippe (Angioma lymphaticum simplex, Teleangiektasia lymphatica).

J. K., 10j. Mädchen aus Galizien, sonst gesund und frei von Beschwerden. Bereits seit der Geburt sollen die vorhandene mässige Verdickung der rechten Seite der Oberlippe und „grützeartige“ Knötchen an der entsprechenden Partie der Lippenschleimhaut vorhanden sein. Im Sommer 1885 wurde Pat. der chirurgischen Klinik zu Krakau zugeführt. Man fand die Haut der Oberlippe an der rechten Seite diffus geschwollen, sonst aber unverändert. Kehrte man die Lippe nach aussen, so traten die in Fig. 1 dargestellten Veränderungen zu Tage: Von der rechtseitigen Lippen-Commissur bis etwa in die Gegend des medialen linken Schneidezahns erhebt sich die Schleimhaut um etwa 1—2 mm über das Niveau der Umgebung. Die infiltrirte Partie ist bogenförmig umgrenzt, von einigen grösstentheils in verticaler Richtung ziehenden Falten durchzogen, mit einem unversehrten, stellenweise weisslich verfärbten Epithelüberzug versehen. Im Bereich der Geschwulst fallen bei genauerer Betrachtung zahlreiche nadelspitzen- bis nadelkopfgrosse, theils opake, theils (bei seitlicher Beleuchtung) durchscheinende Knötchen auf. Eine, oberhalb des rechten lateralen Schneide- und des rechten Eckzahns gelegene, dem Lippenroth benachbarte Stelle der Schleimhaut ist (durch hämorrhagische Exsudation) schiefrig verfärbt. Für den tastenden Finger fühlt sich die geschwollene Schleimhaut rauh und etwas derber an, als die Umgebung; durch Compression lässt sich der Umfang der veränderten Theile der Oberlippe ein wenig verkleinern.

Am 10. VI. 1885 wird in der Krakauer chirurg. Klinik die Geschwulst flach excidirt, zwischen Wundfläche und Zahnreihen Jodoformgaze gelegt. Glatte Heilung durch Granulationen.

Betreffs des microscopischen Befundes in den Fällen von Lymphangiom der Mundhöhle vgl. den Text zu den auf Tafel XXVIII, XXXVI und XXXVII abgebildeten analogen Fällen.

Fig. 2. Seit Kindheit bestehendes cavernöses Angiom (Tumor cavernosus) der Unterlippe, auf dessen Boden sich im späteren Alter ein Epithelialcarcinom entwickelt.

F. L., 76jähriger Grundbesitzer aus Ostpreussen. Seit frühester Kindheit bestehen die später zu beschreibenden Gefässgeschwülste der Mundhöhle und Gesichtshaut. Seit 10 Jahren allmähliche Vergrösserung derselben bis zur jetzigen Grösse. Vor 1 Jahr entwickelte sich auf der Geschwulst der Unterlippe ein kleines hartes Knötchen, welches stetig wuchs und später

oberflächlich zerfiel. Geringe Beschwerden beim Essen, von Zeit zu Zeit leichte Blutungen. Die in Fig. 2 dargestellte Geschwulst nimmt den grössten Theil der schlaff herabhängenden Unterlippe ein; in der äusseren Haut scharf umschrieben, geht sie im Vestibulum oris in zahlreiche ectatische Venen über, welche sich bis in die Gingiva und Wangenschleimhaut fortsetzen. Die Hauptmasse des Tumors ist leicht zusammendrückbar. Etwa der Mitte der Unterlippe entsprechend trägt derselbe eine flach pilzförmig aufsitzende, fast knorpelharte Masse, welche bis auf die Ränder vollständig exulcerirt ist. Dieselbe hat einen Durchmesser von 2—3 cm, eine Dicke von $^1/_2$—1 cm. An der Wange und am Kieferrande linkerseits mehrere linsen- bis bohnengrosse Gefässgeschwülste von derselben Beschaffenheit wie die Geschwulst der Unterlippe. Die linke Zungenhälfte ist in ihrem vorderen Abschnitt durch einen ähnlichen, nicht scharf abgrenzbaren, am Zungenrande durch die verdünnte Schleimhaut blauroth durchschimmernden Tumor unförmlich verdickt. Am Boden der Mundhöhle zahlreiche erweiterte Venen. Drüsen nicht palpirbar. — 29. XI. 1888. Nach Anlegung von 4 provisorischen Umstechungsligaturen an den Grenzen der Lippengeschwulst, wird die Hauptmasse des Angioms sammt dem Carcinom mit dem Thermocauter abgetragen. Glatte Heilung. — 4. XII. 1889 laut brieflicher Mittheilung: Anschwellung der Halsdrüsen. Im Laufe desselben Winters ist Pat. während der Influenza-Epidemie einer Pneumonie erlegen. — Histologische Untersuchung: Epithelialcarcinom.

Tafel VI.

Fig. 1. Lymphangiom der Oberlippe (Angioma lymphaticum simplex, Teleangiektasia lymphatica).

Fig. 2. Seit Kindheit bestehendes cavernöses Angiom (Tumor cavernosus), der Unterlippe, auf dessen Boden sich im späteren Alter ein Epithelialcarcinom entwickelt.

Fig 1



Fig. 2



Fig 1 Lukasiewicz, Fig 2 K. Braune pr. ad.

W. A. Meyn, Lith. Inst, Berlin

Tafel VII.

Fig. 1. Tuberculöses Geschwür des Mundwinkels bei einem Phthisiker.

O. S., 29 J. alt, Handwerker aus Königsberg, aus tuberculöser Familie stammend, hat elbst mehrere Male an Hämoptoe gelitten. In den letzten Monaten Husten, Nachtschweisse, unehmende Abmagerung. Das abgebildete Geschwür entwickelte sich vor etwa 3 Monaten llmählich aus einer kleinen wunden Stelle am Mundwinkel. — Am 25. November 1887 stellt ch Pat. in der Königsberger chirurgischen Klinik vor. — Elend aussehender Mann mit den rscheinungen florider Lungenphthise. Die Ränder des abgebildeten Geschwüres sind zernagt, eicht geröthet und leicht aufgeworfen, der Geschwürsgrund von zerfallendem, mit spärchem, missfarbigem Secret bedecktem Gewebe gebildet. Geschwürsgrund und Ränder wenig ndurirt. Das Geschwür verursachte dem Pat. wenig Schmerzen. Anderwärts keine Geschwüre; eine Zeichen von Lues. — Das Geschwür wird mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, die Vundfläche täglich mit Jodoform bestäubt; es verkleinerte sich allmählich und soll nach ngabe der Frau des Pat. nach etwa 3 Monaten ganz vernarbt sein. Dagegen nahm die ungentuberculose einen rapiden Verlauf. Am 14. März 1888 erlag Pat. derselben (nach Mitheilung des behandelnden Arztes).

Fig. 2, 3 und 4. Primäre Tuberculose (Lupus) der Oberlippe, des Zahnfleisches und des harten Gaumens. (Fig. 4 in geheiltem Zustande.)

F. W., 15 J. alt, Arbeitersohn, aus Ostpreussen.

Pat. giebt an, sein Vater habe in seiner Jugend an scrophulösen Drüsen gelitten. Mutter nd Geschwister gesund. Vor 3 Jahren bemerkte Pat. am Gaumen mehrere kleine wunde tellen, welche bei Berührung leicht bluteten. Sie vergrösserten sich allmählich zu Geschwüren on dem jetzigen Umfange; später traten ähnliche Geschwüre an der Lippe auf. Verschiedene Einpinselungen und Mundwässer blieben erfolglos. — 23. Mai 1888: Aufnahme in die chirurische Klinik zu Königsberg. Mässig genährter, etwas anämischer Knabe, sonst gesund; speciell ie inneren Organe zeigen keine Veränderungen. Oberlippe in toto etwas geschwollen. Unter er rechten Nasolabialfalte ist die Haut der Oberlippe von einem 10—12 mm im Durchmesser altenden flachen, theilweise von dünnen Borken bedeckten Geschwür eingenommen; Ränder twas verdickt und indurirt. In der nächsten Nähe einige senfkorngrosse bläulichrothe nicht xcoriirte Knötchen. Das Lippenroth sowie die Schleimhautfläche der Lippe von den in

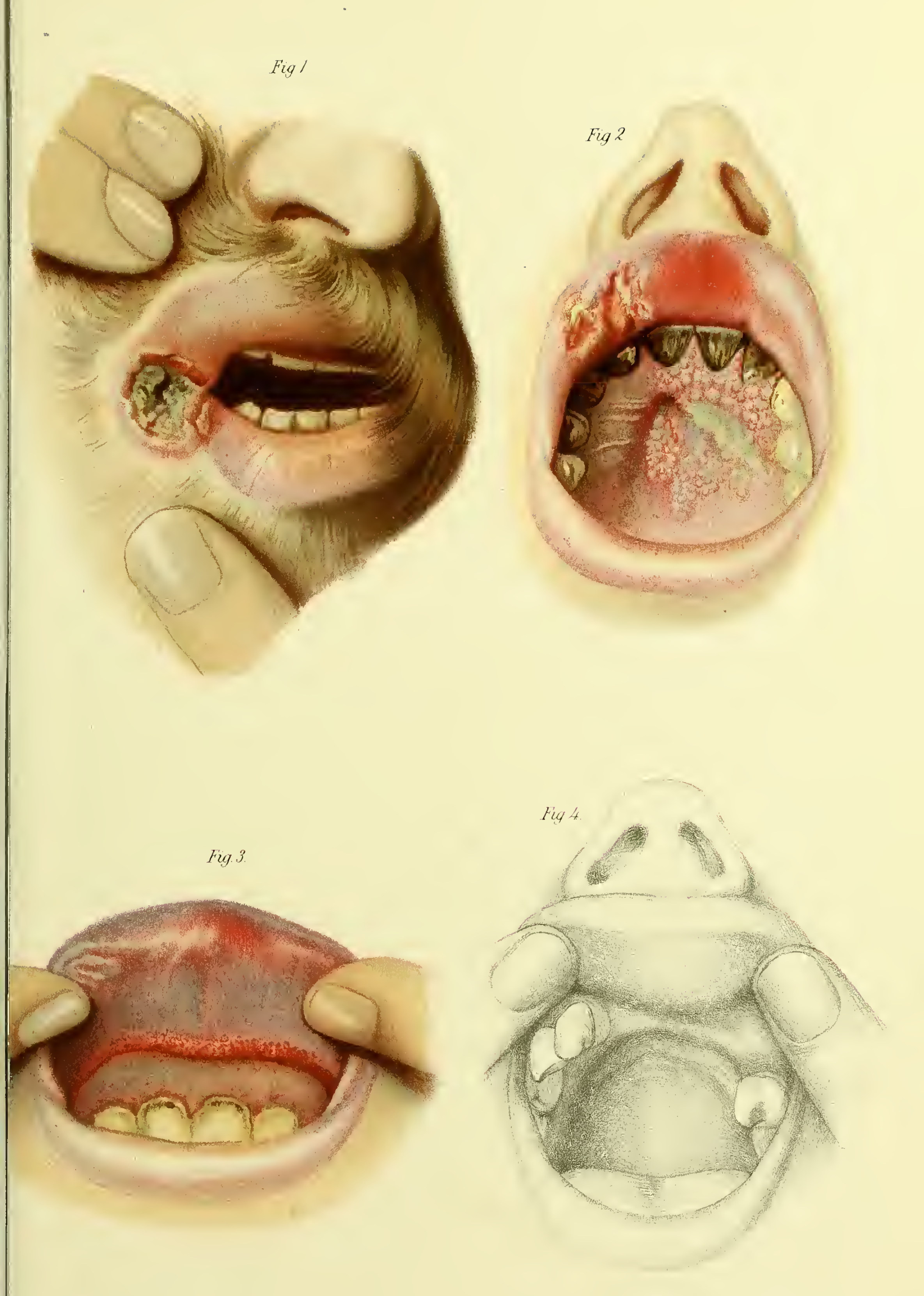
Fig. 2 u. 3 abgebildeten unregelmässigen Geschwüren eingenommen; dieselben setzen mässig tiefe Substanzverluste innerhalb einer leicht verdickten, infiltrirten bläulichrothen Schleimhautpartie. Geschwürsgrund und Ränder unbedeutend dicker als die normale Umgebung. Im Uebrigen die ganze Schleimhautfläche der Oberlippe sowie die gegenüberliegende Gingiva dunkel geröthet und leicht geschwollen. Der mucös-periostale Ueberzug des harten Gaumen's in dem Fig. 2 abgebildeten Umfange unregelmässig geschwollen, von zahlreichen, zum Theil confluirenden, grösstentheils eitrig zerfallenden weichen Knötchen durchsetzt. Hie und da tiefere Rhagaden; die Sonde trifft hier auf blossliegenden erweichten Knochen, doch ist nirgends der Knochen in grösserer Tiefe zerstört. Am tiefsten geht der Process am Alveolarfortsatz, entsprechend den beiden Schneidezähnen und dem Eckzahn linkerseits sowie dem I. Schneidezahn rechterseits. Die betreffenden Zähne gelockert. Unter beiden Kieferwinkeln mehrere bis haselnussgrosse Lymphdrüsen. — Die histologische Untersuchung eines aus dem Geschwürsrande der Lippe excidirten Gewebsstückes ergiebt Tuberculose. 20. Juni 1888 werden alle Geschwüre sammt ihrer infiltrirten Umgebung mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, die Wundflächen mit dem Thermocauter verschorft. Auch der knöcherne Theil des harten Gaumens und Alveolarfortsatzes, wird, soweit er oberflächlich erweicht ist, mit dem scharfen Löffel entfernt. Die 4 oben erwähnten Zähne sind in Folge dessen an der oralen Seite bis an die Wurzeln entblösst. — Nach Abstossen der Schorfe erfolgt im Bereich der Weichtheile rasche Heilung durch reine Granulationen; am Alveolarfortsatz wird die Heilung durch einen oberflächlichen Sequester verzögert. Da die 4 Zähne sich nicht wieder befestigen, werden sie am 12. October 1888 entfernt. — Am 8. Mai stellt sich Pat. abermals vor. An der Lippe und am Gaumen Alles solid benarbt. Die Drüsen am rechten Kieferwinkel, welche sich in letzter Zeit eher vergrössert als verkleinert haben, werden exstirpirt. Pat. erhält eine Prothese. — Mitte Februar 1890 theilt Pat. mit, dass er sich vollkommen gesund und kräftig fühle und von gutem Aussehen sei. Er trage die künstlichen Zähne ohne Beschwerden. Die nicht exstirpirten Drüsen am linken Kieferwinkel seien bis auf wenige bohnengrosse geschwunden. Fig. 4 giebt die Abbildung des Gaumens und Alveolarfortsatzes aus dieser Zeit.

Tafel VII.

Fig. 1. Tuberculöses Geschwür des Mundwinkels bei einem Phthisiker.

Fig. 2, 3 und 4. Primäre Tuberculose (Lupus) der Oberlippe, des Zahnfleisches und des harten Gaumens. (Fig. 4 in geheiltem Zustande.)

Tafel VII



K. Brauns pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin



Tafel VIII.

Fig. 1. Gingivitis simplex, als Begleiterscheinung von Caries dentium und Zahnsteinbildung.

Fr. Sch., 29 J. alt, Fleischerfrau aus Königsberg, stellte sich am 9. XII. 1889 mit der Klage über Schmerzen in der rechten Seite der Mundhöhle vor, die ihr das Kauen auf dieser Seite in hohem Grade erschwerten.

Objectiv: Rechts unten fehlt der 1. Molar, der 2. und 3. sind cariös; auch die obern Backzähne der rechten Seite sind zum Theil cariös, zum Theil fehlen sie. Ränder des Zahnfleisches der rechten Unterkieferseite gewulstet und sammetartig geröthet. Die Wangenschleimhaut derselben Seite bildet, der Berührungsstelle der Backzähne gegenüber, eine weisslich verfärbte, über das Niveau ihrer Umgebung sich erhebende Falte. An den rechtsseitigen unteren Backzähnen reichlicher Zahnstein; der dem Zahnfleisch zunächst gelegene Theil der Kronen von missfarbener dunkel-grünlicher Farbe. Mikroskopisch in dem abgeschabten Belag: Epithelien, Leukocyten, Leptothrix und verschiedenartige Bacterien, unter denen Rasen von Bacillus maximus buccalis (vgl. Miller, Mikroorganismen der Mundhöhle, Leipzig 1889, S. 53) prävaliren.

Behandlung: Extraction der cariösen oberen rechtsseitigen Backzähne und des rechten untern dens sapientiae, Plombiren des 2. r. u. Molar's, mechanische Entfernung des Zahnsteins (durch Herrn Zahnarzt Dr. Kirchner); dann Spülungen mit thymolhaltigem Mundwasser.

Erfolg der Behandlung: Besserung der Beschwerden, Beseitigung des Reizzustandes der afficirten Theile der Mundschleimhaut.

Fig. 2. Purulente Gingivitis (Periostitis alveolo-dentalis, Pyorrhoea alveolaris).

B. S., 43 J. alt, Schuhmacherfrau aus Königsberg.

Die kräftig gebaute, sonst gesunde Frau giebt an, schwerere Krankheiten nie durchgemacht zu haben. Sie wurde Mutter zweier Kinder, die beide im Alter von wenigen Wochen an Krämpfen starben. Keine Aborte. Das Zahnfleisch habe, so lange Pat. zurückdenken kann,

beim Essen leicht geblutet. Eine Behandlung dieses Zustandes fand nicht statt. Patientin ist nicht einmal gewohnt, sich einer Zahnbürste regelmässig zu bedienen.

Im April 1889 machte sich ein Gefühl von Spannung „wie bei dem Beginn eines Zahngeschwürs" im Zahnfleisch, besonders der oberen Schneidezähne bemerkbar. Gleichzeitig fiel der Patientin auf, dass, wenn sie mit dem Finger einen leichten Druck ausübte, ein Tropfen Eiter unter dem Zahnfleisch fast aller Zähne hervorquoll. Sie suchte deswegen am 3. XI. 1889 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas Rath. Man fand die Gingiva durchweg aufgelockert, ihren Rand stellenweise intensiv geröthet; die Sonde liess sich unter dem Zahnfleisch mehrere Millimeter tief vorschieben, ohne auf Widerstand zu stossen und ohne erhebliche Schmerzen hervorzurufen. Bei leichter Compression der Gingiva kam am Rande derselben purulentes Secret zum Vorschein, an den oberen Schneidezähnen je ein Tropfen, an den anderen Zähnen weniger (s. d. Abbildung). Unten fehlen beiderseits die 2. Molares; die anderen Zähne sind gesund; die untere Partie der Zahnkronen der unteren Schneidezähne mit Zahnstein bedeckt.

Therapie: Ueber jedem Zahnhals wird die Gingiva mittelst eines bis auf den Alveolarrand dringenden Längsschnittes durchtrennt und die Schnittfläche wie der unterminirte Theil des Zahnfleisches mit Jodoform ausgerieben. Dann: Regelmässige Mund-Spülung mit verdünntem Liquor Alumin. acetic.

Unter dieser Behandlung verringerte sich bis Ende November 1889 die Eiterung aus dem Zahnfleisch erheblich. Um die genannte Zeit entzog sich Pat. der weiteren Beobachtung und stellte sich erst am 25. II. 1890 auf specielle Aufforderung wieder vor. Sie giebt an, dass sie auf eigene Hand noch mehrere Wochen hindurch mit Kamillen-Aufguss getränkte Charpie auf dass Zahnfleisch aufgelegt habe. Seit Ende Januar 1890 hätten dann die Schmerzen, die bis dahin in geringem Grade fortbestanden, cessirt; auch sei nun keine Spur von Eiter durch Druck mehr zum Vorschein zu bringen gewesen. Objectiver Befund: Zahnfleisch-Pyramiden im Bereich der oberen Schneide- und Eckzähne noch deutlich geschwollen, von gleichmässig rother, glanzloser Färbung. Der Hals der medialen oberen Schneidezähne liegt frei. An den unteren Schneidezähnen ist der Zahnfleisch-Rand ein wenig verdickt. Keine Eiterung mehr.

Fig. 3. Stomatitis mercurialis.

G., 22 J. alt, Student aus Königsberg.

In missverständlicher Auffassung einer ihm von seinem Arzt ertheilten Verordnung hatte der an Syphilis erkrankte Patient vom 18. XII. 1889 bis 23. XII. 1889 täglich 15 gr Ungnent. Hydrargyr. ciner. in die Körperhaut eingerieben. Seit dem 24. XII. 1889: Uebler Geruch aus dem Munde, Speichelfluss, Brennen im Munde, Schlingbeschwerden, Uebelkeit und Abgeschlagenheit. Bis zum 4. I. 1890 (Datum der Aufnahme unserer Abbildung) hatte die Behandlung des Krankheitszustandes in innerlichem Gebrauch von Pulvern und Mundspülen mit Kamillen-Thee bestanden. Vom 2. I. 1890 an waren ausserdem Inhalationen mit Sol. kal. chloric. angewandt, die Erosionen der Lippenschleimhaut ein Mal auch oberflächlich mit Argentum nitricum touchirt worden.

4. I. 1890. Patient sieht sehr elend aus, vermag sich nur mit Anstrengung während der Zeit, die zur Anfertigung der Abbildung nothwendig ist, aufrecht zu erhalten. Geklagt wird: über unerträgliches Brennen an den Lippen, fortwährende Ansammlung eines „scharfen" Speichels im Munde sowie darüber, dass feste Nahrung gar nicht, flüssige nur

unter grossen Schmerzen aufgenommen werden könne. Appetit vorhanden, Stuhlgang normal, Schlaf durch die starke Salivation gestört. Körper-Temperatur nicht erhöht, Puls-Frequenz 90 in der Minute. — Beide Lippen geschwollen, mit bräunlich verfärbten dünnen, festanhaftenden Epidermis-Lamellen stellenweise bedeckt. Wo das Lippenroth in die Lippenschleimhaut übergeht, eine Anzahl nadelkopf- bis hanfkorngrosser, mit intensiv gelbem, zähem Belag bedeckter, von stark gerötheter Schleimhaut umrahmter aphthenartig aussehender Geschwüre. Zahnfleisch in mässigem Grade geschwollen, livid-röthlich, da und dort an seiner Oberfläche milchig getrübt. Zähne von schmierigem, gelblichem Belag bedeckt. Am untersten Theil der pars oralis pharyngis zwei grössere und ein kleineres Geschwür von genau dem gleichen Aussehen wie die Lippen-Ulcerationen. Laryngoskopisch: Schleimhaut der pars oralis epiglottidis fast in ganzer Ausdehnung erodirt. — Bei Besichtigung der Haut fällt neben den Resten eines papulösen Syphilides eine sich über grössere Strecken des Rumpfes und der Oberschenkel verbreitende scarlatinaartige Röthung auf, offenbar das Product der energischen mercuriellen Frictionen. Inguinaldrüsen deutlich geschwollen; Vergrösserung der am Hals gelegenen Lymphdrüsen nicht nachweisbar.

Weitere Behandlung: Tägliche Aetzung der Ulcerationen mit Argentum nitricum. Reinigung des Mundes (Spülungen und Inhalationen) mit Sol. kal. chloric. Erfolg der Behandlung: Beseitigung der Krankheits-Erscheinungen von Seiten der Mund-Rachenhöhlen- und Kehldeckelschleimhaut innerhalb von etwa 12 Tagen.

Tafel VIII.

Fig. 1. Gingivitis simplex, als Begleiterscheinung von Caries dentium und Zahnsteinbildung.

Fig. 2. Purulente Gingivitis (Periostitis alveolo-dentalis, Pyorrhoea alveolaris).

Fig. 3. Stomatitis mercurialis.

Tafel VIII

Fig. 1



Fig. 2

Fig. 3



K. Braune pinxit

W. A. Meyn Lith. Inst. Berlin

Tafel IX.

Fig. 1. Purulente Gingivitis bei Aktinomykose.

W. B., 51 J. alt, Schmied aus Ostpreussen, leidet an Epilepsie, ist im Uebrigen aber bis auf eine vor 18 Jahren überstandene Lungenentzündung stets gesund gewesen. Vor 6 Wochen entwickelte sich unter dem linken Unterkiefer eine Anschwellung, welche namentlich beim Schlucken Schmerzen verursachte; diese Anschwellung „senkte sich" allmählich nach der Mitte des Halses zu. Pat. hatte stets „schlechte Zähne", litt früher häufig an Zahnschmerzen und liess sich desshalb wiederholt Zähne ziehen. Er hatte bis in die letzte Zeit viel mit Vieh zu thun.

27. II. 1888. Kräftig gebauter, mässig genährter Mann. Oberhalb des Jugulums findet sich ein pflaumengrosser Abscess; die Haut darüber geröthet, die Umgebung entzündlich-oedematös geschwollen. Von hier zieht sich zum linken Zungenbeinhorn ein von normaler Haut bedeckter derber Strang; derselbe verliert sich daselbst in eine über haselnussgrosse, unter dem Kieferrande befindliche Geschwulst, über welcher die Haut ebenfalls verschieblich ist. In der linken Supraclaviculargrube eine erbsengrosse Lymphdrüse. Untersuchung der Brustorgane ergiebt Lungenemphysem geringen Grades, trockenes Rasseln. Die anderen inneren Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Die am 27. II. vorgenommene einfache Spaltung des Abscesses liefert dicken Eiter mit zahlreichen Körnern, welche sich mikroskopisch als Aktinomycesdrusen erweisen. Die meisten Drusen haben einen ganz geschlossenen Strahlenkranz von Kolben. Der Abscess heilt ohne weiteren Eingriff. Die später zu beschreibenden krankhaft veränderten Zähne (Eck- und erster Mahlzahn links unten) werden extrahirt. — 10. III. wird Pat. entlassen. — 16. IV. sucht Pat. abermals die chirurgische Klinik auf, da die Umgebung der Incisions-Narbe zu schwellen und zu schmerzen begann. 24. IV. Nachdem der sich wieder bildende Abscess spontan perforirt ist, wird die Oeffnung nur mit dem geknöpften Messer erweitert. Der entleerte Eiter enthält wiederum zahlreiche Aktinomycesdrusen. — 29. IV. wird Pat. auf eigenen Wunsch entlassen. Ein halbes Jahr später wird Pat. abermals untersucht. Die Incisionwunde ist solid vernarbt, die Infiltrate am Halse verschwunden; anderweitige Erkrankung nicht nachzuweisen.

Befund am Zahnfleisch und den Zähnen am 27. II. (Fig. 1.): Es fehlen oben sämmtliche Back- und Mahlzähne bis auf den ersten Backzahn links; unten fehlt der erste Mahlzahn. Vom linken oberen Eckzahn ist nur die Wurzel vorhanden. Sämmtliche Zähne

sind stark abgeschliffen. Das Zahnfleisch des Unterkiefers, besonders am Rande, entzündlich geschwollen und gelockert; bei Druck auf dasselbe quillt an jedem Zahnhalse aus der Tiefe eine geringe Menge schmutzig-gelblichen Eiters hervor. Dem Eckzahn und ersten Mahlzahn links unten entsprechend ist das Zahnfleisch so stark retrahirt, dass fast die ganze Wurzel blosliegt. Die letztere zeigt einen schmierigen braunen Belag, welcher zahlreiche stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgrosse bräunlich-gelbe Körnchen enthält. Derartige Körnchen finden sich stellenweise auch an dem Belag anderer Zähne. An den Zähnen des Oberkiefers finden sich ähnliche Veränderungen leichteren Grades. Die beschriebenen Körnchen stellen sich unter dem Mikroskop als in Verkalkung begriffene Drusen dar, welche aus radiär angeordneten, meist dichotomisch getheilten Leptothrixfäden bestehen. An der Peripherie glänzende birnförmige Kolben, die jedoch nie die ganze Peripherie umgeben; in manchen Drusen finden sich deren nur 6—10. Hie und da kleinste knäuelförmige Drusen, die aus wenigen, jedoch ausschliesslich Kolben tragenden Fäden bestehen.

Fig. 2. Tuberculose der Mund-Rachenhöhle (lupöse Form).

W. H., 18 J. alt, Kämmerersohn aus Ostpreussen*).

Keine hereditäre Belastung. Als erstes Anzeichen des jetzigen Krankheitszustandes zeigten sich 1887 Drüsenschwellung in der Submental-Gegend, Wundsein und Anschwellung der Umgebung des rechten Nasenloch's. Unter anderweitiger Behandlung früher erfolgloser Gebrauch von Jod-Präparaten.

16. V. 1889 (Tag der Aufnahme der umstehenden Abbilduug): Ziemlich gut genährter junger Mensch ohne besondere Beschwerden. Oberlippe entenschnabelartig geschwollen. Gingiva der oberen Schneide- und Eckzähne in eine üppig granulirende, mit reichlichem Eiter bedeckte Geschwürsfläche umgewandelt; auch die Uebergangsfalte und die mittlere Partie der Oberlippen-Schleimhaut sind in den Bereich der Erkrankung hineingezogen. An letzterer Localität nadelspitzen- bis linsengrosse discrete Infiltrations- und Ulcerations-Herde von gelblich-rother Färbung neben diffuseren gerötheten und geschwollenen Partien. Frenulum labii superioris grösstentheils zerstört. — An den linksseitigen Gaumenbogen und der Interarcual-Schleimhaut der linken Seite mehrere, sich über das Niveau ihrer Umgebung nicht erhebende nadelspitzen- bis nadelkopfgrosse weisslich-graue Infiltrate. Am lateralen Theile der Umrandung des rechten Nasenloch's, im Vorhof beider Nasenhälften und in der Nasenhöhle selbst, besonders rechterseits, mehr oder weniger umfangreiche Ulcerationen. Submental- und Submaxillar-Drüsen indolent geschwollen, bis haselnussgross, verschieblich. Am übrigen Körper, in specie an Lungen und Haut nichts Bemerkenswerthes.

Behandlung: Zerstörung der erkrankten Partien der Mund- und Nasenschleimhaut resp. des septum cartilagineum durch den scharfen Löffel, den Paquelin'schen Thermocauter, stellenweise auch (an den Gaumenbögen) den geknöpften Galvanocauter. Excision der vergrösserten Hals-Lymphdrüsen.

Mikroskopischer Befund an den durch Evidement entfernten Massen: Gefässreiches Granulationsgewebe ohne Riesenzellen und ohne Tuberkelbacillen. Die Untersuchung der erkrankten Drüsen ergiebt das Vorhandensein typischer Riesenzellen-Tuberkel.

März 1890: Am Zahnfleisch und im Nasen - Innern Neigung zu Recidiven. Rechte

*) Die Krankengeschichte dieses von beiden Herausgebern des Atlas beobachteten Falles ist von einem derselben an anderm Orte in extenso mitgetheilt (Michelson: Ueber Tuberculose der Nasen- und Mundschleimhaut. Zeitschr. f. klin. Med., Bd. XVII, Suppl. Berlin. 1890, S. 216).

Tafel IX.

Tonsille und arcus palato-glossus dexter in eine von unregelmässigen Rändern umgebene Geschwürsfläche umgewandelt; an der Wurzel der uvula rechterseits ein gelbes, kaum stecknadelkopfgrosses Infiltrat inmitten der die ulcerirte Partie umgebenden hyperämischen Schleimhautzone. (S. Tafel XVIII, Fig. 2.) Die letztbeschriebenen Veränderungen heilen nach Behandlung mit dem Paquelin'schen Thermocauter.

Mai 1890: Im Naseninnern weiche Geschwulstmassen, die in bis haselnussgrossen Stücken theils mit der Schlinge, theils mit dem scharfen Löffel entfernt werden und histologisch aus Granulationsgewebe mit zahlreichen Riesenzellen bestehen.

21. XI. 1890: An der Schleimhaut des Zahnfleisches, der Oberlippe, des harten Gaumens, der Rachengebilde, der Nase und neuerdings auch des Kehlkopfs bieten wiederum zahlreiche Stellen den Charakter tuberculöser Erkrankung dar. Röthung und diffuse Schwellung der Haut der äusseren Nase rechterseits. Behandlung mit Koch's Tuberkulin in der medicinischen Klinik zu Königsberg (Prof. Lichtheim). Starke örtliche und allgemeine Reaction. Auf die erste Injection von 0,01 gr steigt die Körpertemperatur von 36,1 auf 40,4.

Pat. erhält bis zum 5. III. 91 im ganzen 21 Injectionen; die applicirte Dosis wird dabei allmählich bis auf 0,1 gr Tuberkulin erhöht. Eine erhebliche febrile Reaction fand nach den letzten drei Injectionen von je 0,1 gr. nicht mehr statt. Während in den ersten Wochen der Behandlung eine entschiedene Besserung der Krankheitserscheinungen erkennbar war (reineres Aussehen, stellenweise Ueberhäutung der ulcerirten, Abflachung und geringere Röthung der infiltrirten Partien), bleibt der Process in letzter Zeit vollkommen stationär. Das Allgemeinbefinden des Pat. ist gut; derselbe hat seit Beginn der Tuberkulinbehandlung 5 kg an Gewicht zugenommen. Hervorgehoben zu werden verdient noch, dass an den Tagen nach den Injectionen an der Schleimhaut der Mundrachenhöhle mehrfach neue Eruptionen verschiedenen Charakters, so besonders Gruppen von gelben Stippchen auf geröthetem, etwas erhabenem Grunde bemerkt wurden. Diese frisch entstandenen Veränderungen pflegten dann im Verlaufe weniger Tage wieder zu verschwinden.

Tafel IX.

Fig. 1. Purulente Gingivitis bei Aktinomykose.

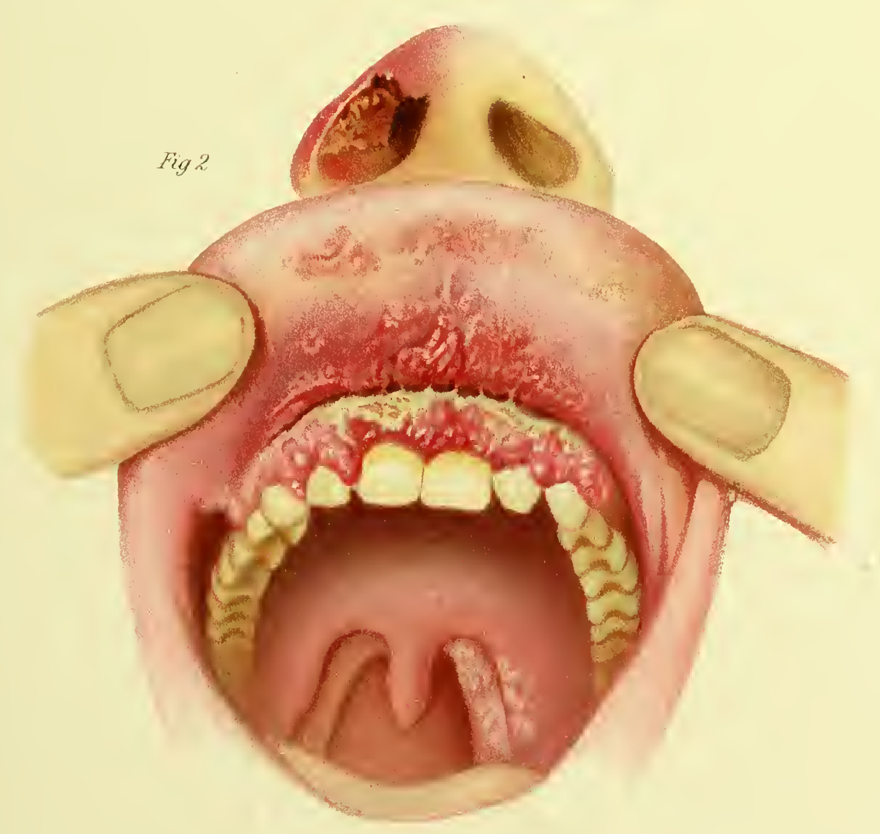
Fig. 2. Tuberculose der Mund-Rachenhöhle (lupöse Form).

Tafel IX

Fig 1

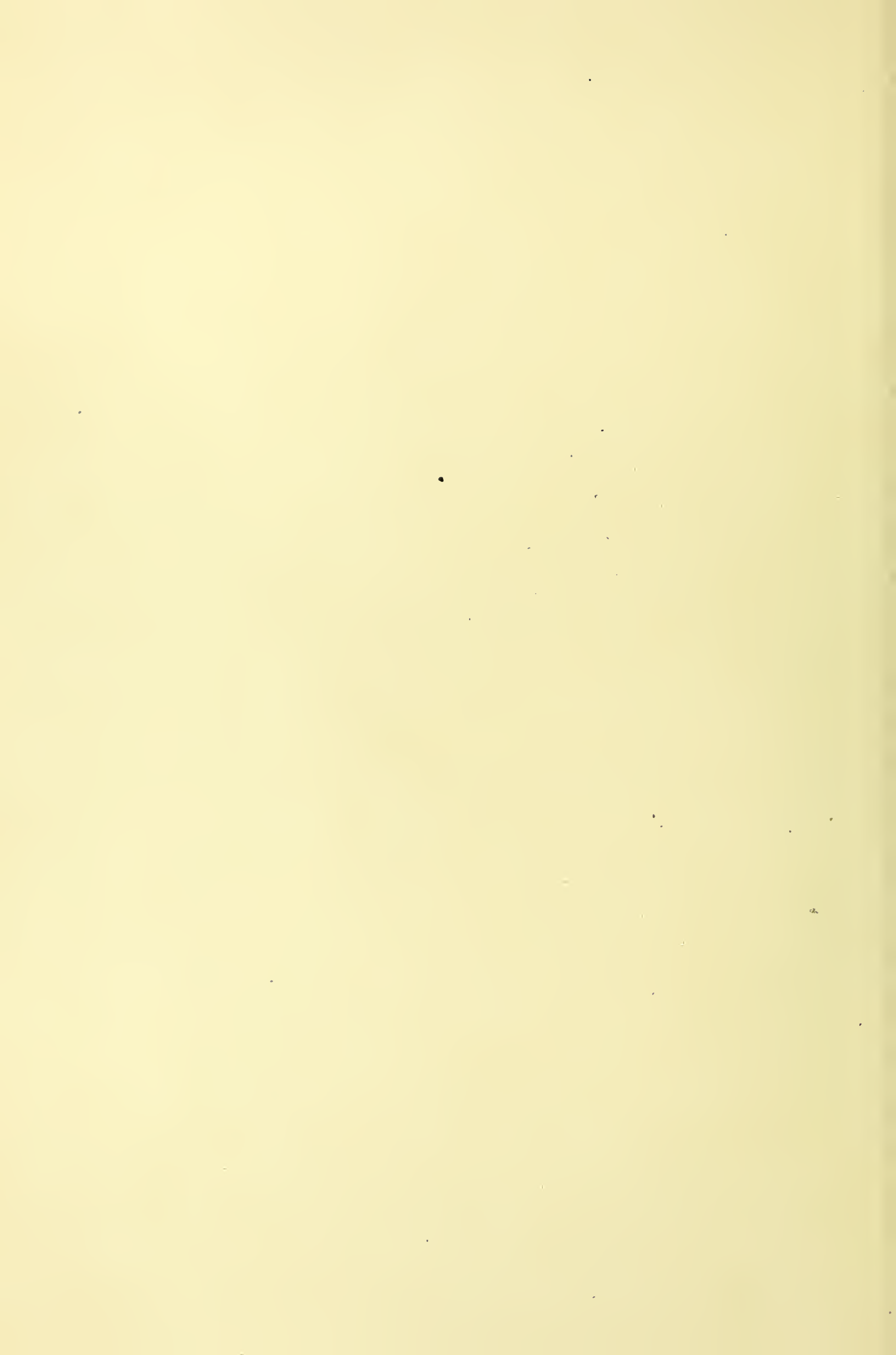


Fig 2



K. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin



Tafel X.

Fig. 1. Spätsyphilitische Ulcerationen des Zahnfleisches (Gingivitis gummosa).

D. H., 22 J. alt, Lehrer aus Russland.

Im 7. Lebensjahr stellte sich übel riechender Ausfluss aus der Nase ein, welcher über ein Jahr anhielt. Schon damals „fiel der Nasenrücken ein." Vor einem Jahre wiederholte sich der übelriechende Ausfluss, welcher bis zur Aufnahme des Kranken in die chirurgische Klinik zu Königsberg anhielt. Während des letzten Jahres gingen auch Knochenstücke durch das linke Nasenloch ab. An der Nasenwurzel bildete sich ein Geschwür, welches erst nach mehreren Monaten zuheilte. Pat. wurde wiederholt mit Jodkalium und Schwefelbädern behandelt. Mutter und Geschwister sollen gesund sein; der Vater soll an Geschwüren an den Beinen leiden.

11. XII. 1888. Bei dem mittelkräftigen, gut genährten Pat. ist an den innern Organen keine Abweichung nachzuweisen. Die hochgradige Sattelnase ist bedingt durch einen fast vollständigen Defect der Nasenbeine und des Vomer. Auch fehlen Theile des knorpligen Nasengerüstes. Die Untersuchung der Nasenhöhle ergiebt ausserdem Defecte an den unteren und mittleren Muscheln; festhaftende Borken bedecken die narbig degenerirte Nasenschleimhaut. Starker Foetor. Zwischen Nasenwurzel und linkem Augenwinkel eine vertiefte Narbe. Ueber der Glabella eine bis 3 cm hohe, quer verlaufende Knochenauftreibung von derbteigiger Konsistenz; eine zweite ähnliche über dem linken Stirnhöcker. An der Grenze zwischen weichem und hartem Gaumen mehrere linsengrosse Narben. An Stelle beider Arcus palatopharyngei strangförmige, auf die hintere Rachenwand übergehende Narben. Zieht man die Oberlippe in die Höhe, so stellen sich die in Fig. 1 abgebildeten Veränderungen dar. Dem ersten Schneidezahn rechterseits entsprechend ist das Zahnfleisch und Periost bis an das frenulum labii zerstört. Im Grunde des Geschwürs liegt zum Theil die betreffende Zahnwurzel, zum Theil nekrotischer Knochen bloss. Die Geschwürsränder sind unterminirt, ihre Umgebung livid geröthet. Der zu den Nachbarzähnen gehörige Theil des Zahnfleisches ist gelockert, gequollen, geröthet. Die Meisselsonde lässt sich hier bis 8 mm weit unter das unterminirte Zahnfleisch führen. Bei Druck auf dasselbe quellen ein paar Tropfen Eiter her-

vor. Die betreffenden drei Schneidezähne stecken nur locker in den Alveolen. Neben dem Frenulum labii lässt sich die Sonde durch eine Fistel in die Nasenhöhle führen.

Bis zum 18. II. 1889 wird Pat. mit Jodkalium und Sublimatinjectionen behandelt; Ausspülungen der Nasenhöhle mit Borlösung Der erste Schneidezahn rechterseits wird sammt dem nekrotischen Theil der Alveole extrahirt. Auch aus der Nasenhöhle werden noch kleine Sequester entfernt. Unter dieser Behandlung gehen die früher beschriebenen Krankheitserscheinungen zurück. Die vorhandenen Geschwüre, insbesondere jene am Zahnfleisch benarben sich vollständig.

In der Folge wird auf Wunsch des Kranken noch die Aufrichtung der Nase nach der Methode von Mikulicz (vgl. Archiv für klinische Chirurgie, XXX, S. 112) mit zufriedenstellendem Erfolg vorgenommen.

Fig. 2. Defect des Zahnfleisches und der vorderen Lamelle des Alveolarfortsatzes in Folge acuter eitriger Ostitis und Periostitis.

A. L., 32 Jahr alt, Schneider aus Königsberg.

Pat. soll als Kind augenkrank gewesen sein; später war er bis auf einen vor 13 Jahren überstandenen Typhus gesund. Vor 4 Wochen bekam Pat. plötzlich „ein dickes Gesicht“. Nach einigen Tagen nahm die Schwellung des Gesichtes ab, während der Gaumen und das Zahnfleisch des Oberkiefers anfing zu schwellen und zu schmerzen. Im Verlaufe der nächsten Tage brach die Geschwulst über den Schneidezähnen auf, wobei sich eine grosse Menge übelriechenden Eiters entleerte. Vor zwei Wochen trat eine schmerzhafte Anschwellung am linken Oberschenkel ein, welche trotz Anwendung kalter und warmer Umschläge zunahm.

Der kräftig gebaute, aber sehr heruntergekommene Mann fiebert bei seiner Aufnahme in die Klinik am 14. IV. 1887. (Abendtemp. 39,6.) Die Vorderfläche des linken Oberschenkels nimmt eine deutlich fluctuirende Geschwulst ein. Der harte Gaumen und das Zahnfleisch, entsprechend den Schneide- und Eckzähnen, ist entzündlich geröthet und geschwollen. Neben dem Frenulum finden sich zwei feine Fisteln, aus welchen auf Druck dünner, übel riechender Eiter zu entleeren ist. Die Sonde stösst auf bloss liegenden Knochen. — Von den zwei Fisteln aus wird das Periost und die Schleimhaut gespalten; gleichzeitig wird der Abscess am Oberschenkel eröffnet und drainirt. Die Heilung geht ungestört vor sich. Vom Alveolarfortsatz stösst sich nachträglich die vordere Lamelle ab, in Folge dessen die Zahnwurzeln bloss liegen. Fig. 2 stellt den Zustand in diesem Stadium (d. h. nach vollendeter Abstossung des Sequesters) dar.

Es tritt später allmähliche Benarbung ein. Die medialen Schneidezähne sitzen am 9. V. 1887 (Tag der Entlassung des Pat. aus der Klinik) nur locker in der Alveolen; im Verlauf der nächsten Monate fallen dieselben spontan aus.

Fig. 3. Tuberculose der Gingiva (lupöse Form), Gingivitis tuberculosa.

B. G., 63 Jahre alt, Landmann aus Russisch-Polen.

Erst seit zwei Wochen will Pat. am harten Gaumen eine Anschwellung und Verschwärung bemerkt haben, aus welcher blutige Flüssigkeit abgesondert werden soll. Am 5. XII. 1886 stellt er sich in der chirurgischen Poliklinik zu Krakau vor. Aus dem poli-

klinischen Journal und aus zwei Abbildungen, welche Herr K. Lukasiewicz eine Woche später vom Gaumen und vom Zahnfleisch anfertigte, ergiebt sich folgender Status:

Der centrale Theil des harten Gaumens ist von einer 10—15 mm breiten Geschwürsfläche eingenommen, welche 2—5 mm breite Ausläufer nach vorn gegen die beiden seitlichen Schneidezähne schickt. Der Geschwürsgrund ist uneben, von schmutzig gelblichröthlichem Sekret bedeckt. Die zackigen Ränder sind aufgeworfen, zum Theil unterminirt. Sowohl die Geschwürsränder als ihre weitere Umgebung sind von hirsekorn- bis linsengrossen, zum Theil auch schon im Zerfall begriffenen Knötchen durchsetzt. (Da die beschriebenen Veränderungen dem auf Tafel VII, Fig. 2 dargestellten Typus der Tuberculose des harten Gaumens durchaus entsprechen, so wurde von der Reproduction der hierher gehörigen Abbildung abgesehen.) Das Zahnfleisch über dem mittleren obern Schneidezahn zeigt die in Fig. 3 abgebildeten Veränderungen: Ein fast in der Mittellinie liegendes spaltförmiges Geschwür reicht bis an das Frenulum, welches zum Theil auch zerstört ist und dessen Rest als ein breit gestieltes Läppchen nach unten ragt. Zu beiden Seiten des Geschwürs ist die Gingiva unterminirt, verdickt, zum Theil in Form kleiner Warzen abgehoben. Die zwei mittleren und der rechte seitliche Schneidezahn sind gelockert.

Therapie: Einreibungen mit Jodoform.

Weiteres Schicksal des Kranken unbekannt.

Tafel X.

Fig. 1. Spätsyphilitische Ulcerationen des Zahnfleisches (Gingivitis gummosa).

Fig. 2. Defect des Zahnfleisches und Alveolarfortsatzes infolge acuter eitriger Ostitis und Periostitis.

Fig. 3. Tuberculose des Zahufleisches (lupöse Form), Gingivitis tuberculosa.

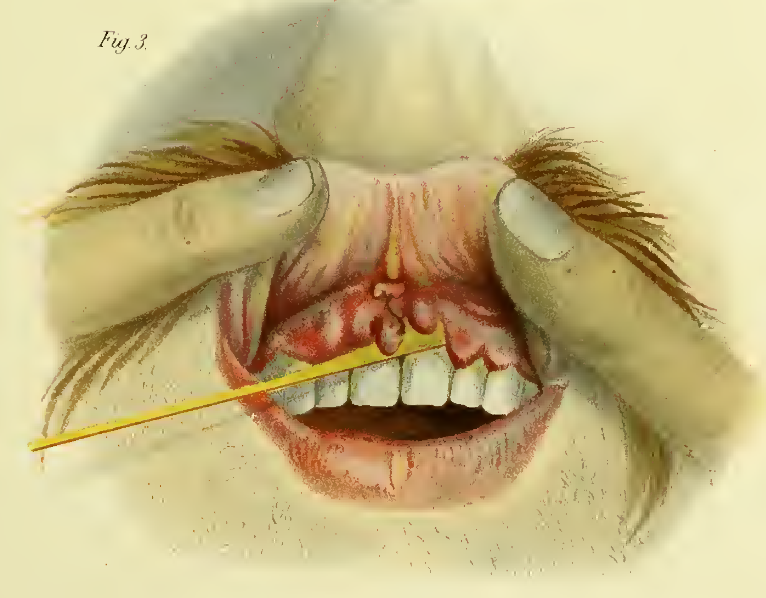
Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3.



H. C. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. ...



Tafel XI.

Fig. 1 u. 2. Dünngestielte Epulis, ein Granulom der Zahnpulpa vortäuschend.

R. K., 20 J. alt, Kaufmannstochter aus Russland.

Der I. Molar. rechts unten seit längerer Zeit cariös, der Krone verlustig. An deren Stelle entwickelte sich eine leicht blutende Geschwulst, welche die Patientin beunruhigte und sie veranlasste, am 6. Dezember 1889 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas Hilfe zu suchen.

An Stelle des früher genannten Zahnes findet sich eine klein-bohnengrosse, blassrothe, elastisch-weiche, von zusammenhängendem Epithel überzogene Geschwulst. (Fig. 1.) Es macht den Eindruck, als ob sie mit breitem Stil in der Alveole festsässe; gegen das die Geschwulst wallartig umgebende Zahnfleisch ist die erstere rings herum durch eine scharfe Furche abgegrenzt. Nur an der Innenseite kommt in dieser Furche ein kleines Stück des cariösen Zahnrandes zum Vorschein. Hebt man mit einer Sonde die Geschwulst aus der Alveole, so stellt sie sich so dar, wie es Figur 2 wiedergiebt. Sie hängt mit dünnem Stiel an dem Innenrande der Gingiva. Die cariöse Zahnhöhle selbst ist leer.

Therapie: Abtragung der Geschwulst und Extraction der Zahnwurzel.

Fig. 3. Zahnfistel.

A. M., 50 J. alt, Bäuerin aus Ostpreussen.

Vom linken unteren Eckzahn ist seit längerer Zeit nur noch die cariöse Wurzel vorhanden. Vor mehreren Monaten bildete sich unter dem Zahnstumpfe ein Abscess, welcher spontan perforirte und eine continuirlich eiternde Fistel zurückliess. Deshalb suchte Pat. am 15. XX. 1889 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas Hilfe.

Der Stumpf der betreffenden cariösen Wurzel ragt gerade über das gelockerte, leicht

geschwollene Zahnfleisch hervor. Etwa 8 mm tiefer findet sich ein querliegender ca. 6 mm langer, bis 3 mm klaffender Spalt, dessen Ränder und Umgebung zu einer halbkugeligen, weichen und leicht blutenden Masse angeschwollen sind. In der Tiefe des Spaltes wird das blossliegende untere Ende der Zahnwurzel sichtbar. An den benachbarten Zähnen und Wurzeln reichliche Zahnsteinbildung mit consecutiver Gingivitis suppurativa.

Therapie: Extraction der Wurzel, Entfernung der Granulationsmassen in der Umgebung der Fistel mit scharfem Löffel und Scheere.

Tafel XI.

Fig. 1 und 2. **Dünngestielte Epulis, ein Granulom der Zahnpulpa vortäuschend.**

Fig. 3. **Zahnfistel.**

Tafel XI

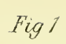
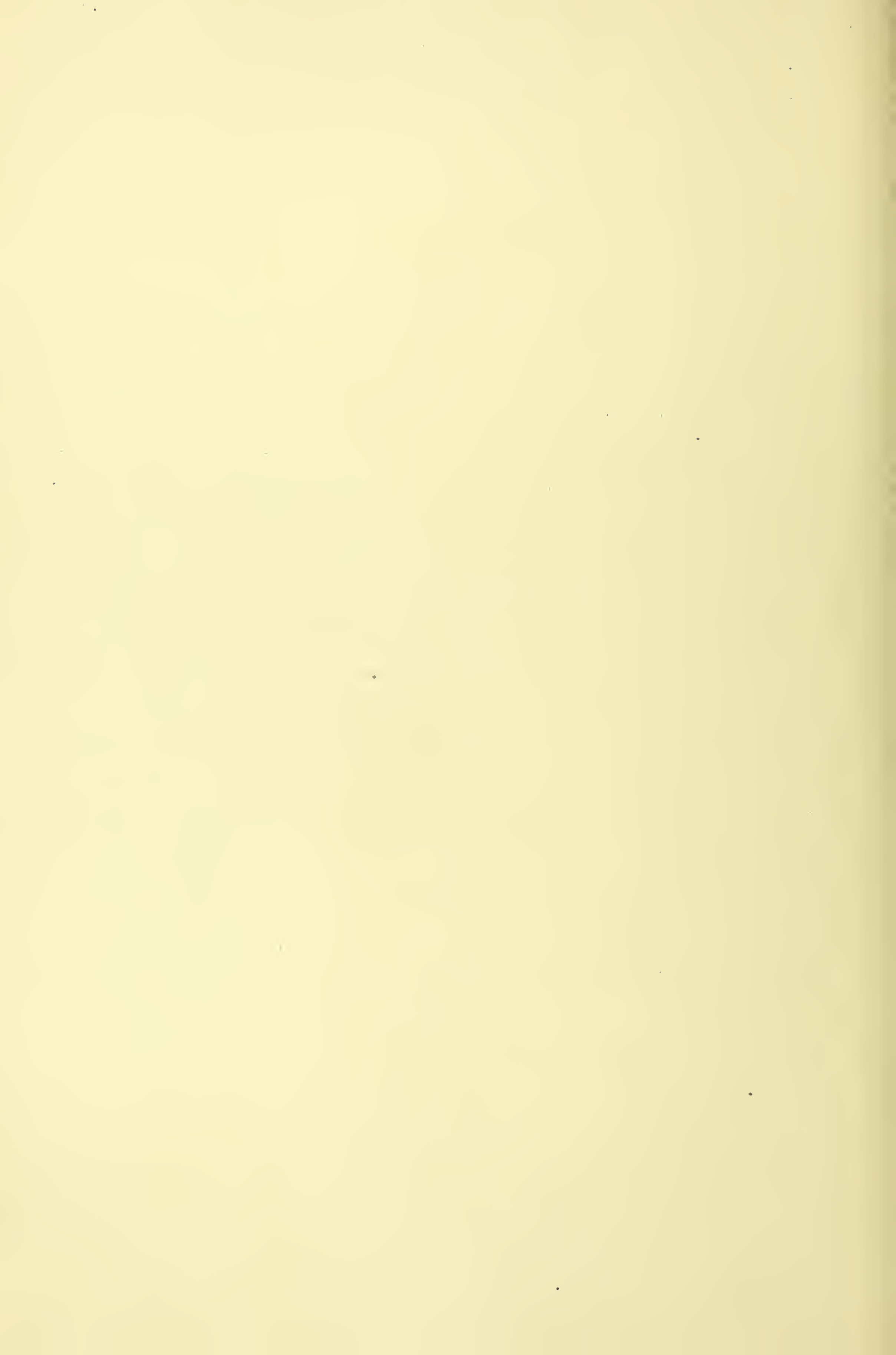


Fig 1

Fig. 2

Fig. 3

W. A. Meyn Lith. Inst. Berlin



Tafel XII.

Fig. 1. Epulis.

E. B., 15 J. alt, Bootsmannstochter aus Ostpreussen.

Stammt aus gesunder Familie und soll bisher stets gesund gewesen sein. Vor etwa einem Jahre bemerkte Patientin eine erbsengrosse Geschwulst, welche vom Zahnfleisch über den linken oberen Backenzähnen ausging; die Geschwulst verursachte weder Schmerzen noch anderweitige Beschwerden. Im Verlaufe von 3 Monaten erreichte sie die Grösse einer kleinen Haselnuss. Der zu Rathe gezogene Arzt schnitt dieselbe fort, doch fing sie nach wenigen Wochen von Neuem an sich zu entwickeln, um nach mehreren Monaten die ursprüngliche Grösse zu erreichen. Diese Grösse behielt sie mehrere Monate; erst in den letzten Wochen soll sie wieder gewachsen sein, weshalb die Patientin in der chirurgischen Klinik zu Königsberg Aufnahme suchte.

12. XII. 1889. Bei dem kräftig gebauten, sonst gesunden Mädchen findet sich am linken oberen Alveolar-Rande die in Fig. 1 abgebildete kugelige Geschwulst; sie ist über haselnussgross, von derber Consistenz, stellenweise von blassen Epithel, stellenweise von dunkelrothen Granulationen bedeckt. Die Geschwulst sitzt mit einem ganz kurzen 5—6 mm im Durchmesser haltenden Stiele an der Gingiva über dem Eckzahn und ersten Prämolaris fest, die genannten Zähne vollständig bedeckend. Die Zähne im Uebrigen intact.

Therapie: In der Narkose wird die Basis des Stiels im Bereich des umgebenden Zahnfleisches umschnitten und mit dem Raspatorium vom Alveolarfortsatze abgelöst. Heilung.

Mikroskopische Untersuchung: Riesenzellen-Sarcom.

Fig. 2. Osteosarcom des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers.

J. K., $9\frac{1}{2}$ J. alt, Bauerntochter aus Ostpreussen.

Stammt aus gesunder Familie und soll bis zur jetzigen Erkrankung stets gesund gewesen sein. Vor etwa zwei Jahren begann die Entwickelung einer harten Geschwulst, welche hinter den linken unteren Backenzähnen vom Unterkiefer ausging und langsam, aber stetig an Grösse zunahm. Da die Geschwulst wenig Beschwerden machte, wurde sie nicht beachtet. Erst vor einem Jahre wurde Patientin auf Anrathen des Arztes der chirurgischen Klinik zu Königsberg überwiesen. Am 19. IX. 1888 constatirte man daselbst bei dem sonst gesunden Mädchen eine über taubeneigrosse, fast knorpelharte, unregelmässig höckrige, oberflächlich exulcerirte Geschwulst, welche hinter den linken Praemolares vom Alveolarfortsatz ausging und auf dem horizontalen Kieferast mit breiter Basis festsass. Die Molares fehlten schon damals. Am 29. IX. wurde mit dem scharfen Löffel die Geschwulstmasse von dem Knochen entfernt und die stark blutende Wundfläche energisch mit dem Thermocauter verschorft. 11. X. wurde Patientin geheilt entlassen.

Mehr als ein halbes Jahr soll sie ganz gesund geblieben sein; nach dieser Zeit begann die Geschwulst wieder zu wuchern, um allmählich die jetzige Grösse zu erreichen.

Am 6. XI. 1889 suchte Patientin abermals Hilfe in der chirurgischen Klinik. Bei dem sonst gesunden, gut genährten Mädchen fiel schon bei der äusseren Besichtigung eine Anschwellung im Bereich des linken horizontalen Kieferastes auf. Die Haut an dieser Stelle von normalem Aussehen, gut verschiebbar. Bei der Palpation von aussen liess sich eine Auftreibung des horizontalen Kieferastes wahrnehmen, welche den unteren Kieferrand noch freiliess; dieser hob sich von der Geschwulst in Form einer etwa 10 mm hohen Leiste ab. Hinter und unter dem Kieferaste mehrere bis haselnussgrosse Lymphdrüsen. Bei Besichtigung der Mundhöhle stellt sich die Geschwulst in der in Figur 2 abgebildeten Weise dar. Eine nahe hühnereigrosse, unregelmässig höckrige, fast knorpelharte Geschwulstmasse sitzt breitbasig hinter den Praemolares auf dem horizontalen Kieferast, nach beiden Seiten hin denselben pilzförmig überlagernd. Nach vorn und hinten erscheint die Geschwulst ziemlich scharf begrenzt. Die Oberfläche ist zum grössten Theil exulcerirt, mit etwas schmutzig-gelblichem schmierigem Secret bedeckt.

Therapie: Durch einen Schnitt, welcher parallel dem Kieferrande verläuft, werden die Weichtheile bis auf den Knochen durchtrennt und die erkrankte Partie des Kieferastes in ganzer Ausdehnung von Aussen blosgelegt. Mit Stichsäge, Meissel und Hammer wird der erkrankte Theil des Knochens derart resecirt, dass eine dünne Knochenspange im Bereich des Kieferrandes die Continuität des Knochens erhält. Exstirpation der vergrösserten Lymphdrüsen. Heilung.

Mikroskopische Untersuchung: Spindelzellensarcom mit zahlreichen Riesenzellen, von einem feinen Gerüst von Knochenbälkchen durchsetzt.

Tafel XII.

Fig. 1. Epulis.

Fig. 2. Osteosarkom des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers.

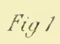




Fig 2



Braun pinxit

W. A. Meyn Lith. Inst. Berlin



Tafel XIII.

Fig. 1. Nekrose des Alveolarfortsatzes und des angrenzenden Theiles des harten Gaumens.

A. R., 14 J. alt, Bootsmanntochter aus Ostpreussen.

Die Mutter der Patientin starb vor zwei Jahren angeblich an Rothlauf; der Vater soll an Husten leiden, sonst gesund sein. 5 Geschwister sind im jugendlichen Alter gestorben, 3 Brüder am Leben und gesund. Als kleines Kind soll Patientin an Geschwüren an den Beinen gelitten haben, welche die noch jetzt sichtbaren Narben zurückgelassen haben. In späteren Jahren litt sie an einem stark juckenden Ausschlag, welcher keine Spuren zurückliess. Im Dezember 1888 stellten sich ohne nachweisbare Ursache am harten Gaumen und in der Gegend der Schneidezähne Schmerzen ein. Bald darauf trat hier eine das Zahnfleisch und den harten Gaumen einnehmende Anschwellung ein, während gleichzeitig die Oberlippe und später auch das ganze Gesicht so stark anschwoll, dass Patientin „gar nicht sehen konnte." Erst nachdem die Geschwulst am harten Gaumen aufbrach und sich eine grosse Menge blutigen Eiters entleerte, schwanden die Schmerzen und die Anschwellung des Gesichtes. Es blieb hinter den Schneidezähnen eine Oeffnung im Gaumen, aus welcher dauernd stinkender Eiter abgesondert wurde. Nach etlichen Wochen fielen die mittleren Schneidezähne aus. In der Folge wurde Patientin durch mehrere Monate, wie es scheint antisyphylitisch, behandelt (30 Einreibungen und Jodkalium). Es trat keine Besserung ein. Während der Behandlung fielen noch die zwei seitlichen Schneidezähne aus; der stinkende Ausfluss aus dem Munde hielt unverändert an. Im November 1889 trat Patientin in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas in Behandlung. Bei dem kräftigen, gesund aussehenden Mädchen waren keine Veränderungen innerer Organe nachweisbar. An beiden unteren Extremitäten mehrere flache unregelmässig begrenzte Narben, bis zur Ausdehnung einer Hohlhand. Wird die Oberlippe in die Höhe gezogen, so stellt sich der harte Gaumen und processus alveolaris in der Figur 1 abgebildeten Weise dar. Es fehlen die 4 Schneidezähne; die den processus alveolaris bedeckende Schleimhaut ist stark verdickt, von höckriger Oberfläche, nur wenig stärker geröthet, als der benachbarte normale Ueberzug des harten Gaumens. In der Medianlinie finden sich zwei ca. erbsengrosse Lücken, durch welche ein schmutzig-braun gefärbter, nekrotischer Knochen zum Vorschein kommt. Eine ähnliche kleinere Lücke findet sich neben dem rechten Eckzahn. Bei der Untersuchung der Nasenhöhlen lässt sich entsprechend der Crista nasalis inf. und der anstossenden Spitze des Vomer blosliegender, nekrotischer Knochen constatiren. Im Uebrigen weder in den Nasenhöhlen noch in der äusseren Form der Nase eine Abnormität.

In der Narkose wird von der Mundhöhle aus durch Spaltung des Schleimhaut-Ueberzuges der Sequester vollständig blossgelegt und extrahirt. Er entspricht dem processus alveolaris der 4 Schneidezähne und dem angrenzenden Theil der processus palatini. Nach

Entfernung des Sequesters entsteht eine für den Zeigefinger durchgängige Communication zwischen Mund- und Nasenhöhle. Nach Ablauf von 5 Wochen ist die Umgebung des Defectes vollständig abgeschwollen und benarbt, so dass an Stelle der mittleren Schneidezähne eine 5 Pfg.-Stück grosse, fast kreisrunde, von glatten, scharfen Rändern begrenzte Lücke zurückbleibt.

Fig. 2. Umfangreicher Defect des harten und weichen Gaumens durch Syphilis.

A. K., 10½ J. alt, Kaufmannssohn aus Königsberg.

Der Vater des Knaben inficirte sich 6—8 Wochen vor der Geburt desselben. — Das Kind selbst war bis zum 4. Lebensjahr gesund. Um diese Zeit wurden weisse Flecke an der Zunge bemerkt. Der zu Rath gezogene den Herausgebern dieses Atlas als sachkundig bekannte Arzt erklärte, dass es sich um acquirirte Syphilis handele und verordnete eine Einreibungskur. 3 Jahre später — 1886 — stellten sich Zeichen von Nasenverstopfung ein, die während einer mehrere Wochen hindurch fortgesetzten allgemeinen antisyphilitischen Behandlung und örtlicher Therapie sich nicht besserten. — Die Eltern gingen dann mit dem Kinde auf's Land. Als sie zurückkehrten, wurde seitens des behandelnden Arztes ein Loch im weichen Gaumen constatirt. Trotz mehrfacher Kuren vergrösserte sich nicht nur die Oeffnung im weichen Gaumen, sondern Juni 1888 trat auch in der Mitte des harten Gaumens ein Durchbruch ein, der allmählich immer weiter um sich griff. Unter wiederholtem Gebrauch von Jodkalium kam der Krankheitszustand im Herbst 1889 endlich zum Stillstand, so dass nunmehr der entstandene Defect durch einen Obturator gedeckt werden konnte.

11. II. 1890. Schwächlich gebauter Knabe. — Bei Besichtigung der Mundrachenhöhle findet man den in Fig. 2 wiedergegebenen, den ganzen weichen und den grössten Theil des harten Gaumens betreffenden Defect. In dem freigelegten cavum pharyngo-nasale kommen vorne (in der Abbildung oben) die unteren und mittleren Nasenmuscheln zu Gesicht. Das in der Abbildung zwischen ihnen gelegene dreieckige Feld entspricht der Gegend des Fornix pharyngis. Weiter abwärts markiren sich im Bilde an beiden Seiten die, an den noch erhaltenen alveolaren Theil des harten Gaumens sich ansetzenden Reste des Velum palatinum in Form fingerdicker Stränge. Die medial- und rückwärts gelegenen Wülste enthalten die hypertrophischen Mm. pharyngo-palatini. Die Schleimhaut ist im Bereich des Cavum pharyngo-nasale von etwas atrophischer Beschaffenheit, adenoides Gewebe am Rachendach nicht vorhanden.

Rhinoskopisch: Septum osseum fehlt; vom Septum cartilagineum ist der vordere Abschnitt noch erhalten. Sprache eigenthümlich klanglos, nasal und auffällig tief, nimmt nach Anlegen des Obturators ein normales, dem Alter des Patienten entsprechendes Timbre an.

Hervorzuheben ist, dass Patient auch ohne Obturator feste wie flüssige Nahrung ohne Schwierigkeit aufzunehmen vermag.

Am übrigen Körper nichts bemerkenswerthes.

20. VII. 1890. Die körperliche Entwickelung des Knaben hat in letzter Zeit befriedigende Fortschritte gemacht, sonst stat. id.

Fig. 3. Defect des Alveolar- und angrenzenden Gaumenfortsatzes durch (nicht-specifische) Nekrose.

L. R., 9 J. alt, Kaufmannstochter aus Kurland.

Das bis Januar 1889 stets gesunde Mädchen erkrankte zu dieser Zeit an einem schweren Abdominal-Typhus. Noch während dieser Erkrankung stellten sich Schmerzen im Bereich der

oberen Backenzähne linkerseits und übelriechender Ausfluss aus dem Munde ein. Diese Erscheinungen hielten auch nach der vollständigen Genesung vom Typhus unverändert an. Im August 1889 wurde der I. Mol. und beide Bicusp., welche stark gelockert waren, extrahirt. Im September 1889 suchte Patientin in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas Hilfe. Das Zahnfleisch über dem Alveolar-Fortsatz der linken Seite war stark verdickt, ebenso der mukös-periostale Ueberzug des harten Gaumens dieser Seite. Entsprechend den fehlenden Zähnen fand sich eine zusammenhängende spaltförmige Lücke, in deren Tiefe der schmutzig-graue nekrotische Knochen zum Vorschein kam. Bei Druck auf den harten Gaumen entleerte sich fötider Eiter. Es wurde in der Narkose nach Erweiterung der vorhandenen Lücke mit dem Elevatorium ein umfänglicher Sequester entfernt, der 5 Alveolen und den angrenzenden Theil des Gaumenfortsatzes umfasste. Nachträglich stiessen sich noch spontan kleinere Knochenstücke ab.

Figur 3 stellt den Defect nach fast vollständiger Vernarbung und Abschwellung seiner Umgebung, circa 5 Monate nach der Extraction des Sequesters dar. Durch den Defect entsteht eine weite Communication zwischen der Mundhöhle einerseits, Nasen- und Kieferhöhle andererseits. Der Versuch, den Defect durch einen doppelgestielten Lappen aus dem Periost-Schleimhaut-Ueberzug des harten Gaumens zu decken, missglückt. Es wird der Patientin empfohlen, in einer späteren Zeit zu einer abermaligen plastischen Operation, eventl. zur Anfertigung einer Prothese wieder zu kommen.

Fig. 4. Kleiner centraler Defect des harten Gaumens durch Syphilis.

O. S., 24 J. alt, Fleischermeister aus Ostpreussen.

Patient, ein sehr kräftig gebauter Mann, hat früher mehrfach an Gonorrhoe gelitten. Im Jahre 1883 erkrankte er an einem Schankergeschwür der Eichelfurche und vereiternden Bubonen. Das erwähnte Geschwür heilte erst während des Gebrauchs einer ärztlicherseits verordneten Pillenkur, war aber von Allgemein-Erscheinungen nicht gefolgt. 1886 verheirathete sich Pat. und wurde Vater zweier gesunder Kinder. Seit April 1889 hatte Herr S. über Nasen-Verstopfung zu klagen. Da durch die gegen diesen Zustand auf ärztlichen Rath angewandten Schnupfpulver und Einspritzungen Besserung nicht erzielt wurde, suchte Pat. Ende September 1889 bei einem der Herausgeber dieses Atlas Rath. Es wurde das Vorhandensein von Rhinitis syphilitica ulcerosa und einer bis auf den Knochen gehenden, vorerst aber nur etwa stecknadelkopfgrossen Ulceration an der medianen Partie des harten Gaumens constatirt. Behandlung: Mercurielle Frictionen (anfänglich 3,0, später 4 gr Unguent. Hydrargyr. ciner.); tägliche Bäder, innerlich Jodkalium, Einlegen von mit Borwasser getränkten Tampons in die Nase und Einstäuben der Ulcerationen mit Jodoform. Trotz dieser Therapie nahm das Geschwür am harten Gaumen allmählich etwas an Umfang zu; aus der demselben entsprechenden Stelle ging am 30. X. 1889 ein kleiner Sequester ab. Als Pat., der nicht dauernd in Königsberg anwesend war, sich am 2. XI. 1889 wiederum vorstellte, fand man die in Fig. 4 abgebildete Perforation im mittleren Theil des harten Gaumen's; die Umrandungen derselben waren scharf, wie mit dem Locheisen ausgeschlagen, die Schleimhaut in ihrer Umgebung leicht geröthet; bei geeigneter Beleuchtung konnte man in der Tiefe des Gaumendefectes den concaven Rand des, wie durch rhinoscopische Untersuchung ermittelt wurde, an der entsprechenden Stelle gleichfalls u. zw. durch eine rundliche, etwa kirschkerngrosse Perforation, gelochten septum osseum narium erkennen. Die Sprache des Pat., welche vorher nur einen etwas nasalen Beiklang gehabt hatte, war nunmehr in auffälliger Art verändert, indem sie den eigenthümlichen metallarmen, „todten“, gelegentlich von etwas zischenden Nebengeräuschen begleiteten, Charakter darbot. Speisetheile gelangten beim Essen in die Nasenhöhle.

Nachdem bis zum 15. XI. 1889 im Ganzen 35 Innunctionen gemacht und ca. 45 gr Jodkalium gebraucht sind, lassen sich Ulcerationen oder sonstige entzündliche Veränderungen an den vorher afficirten Partien der Nasen- und Mundhöhle nicht mehr nachweisen.

Am 11. II. 1890. Uranoplastik in der chirurgischen Klinik zu Königsberg. Nach Entfernung der Suturen am 18. II. 1890 wird Pat. mit anscheinend gut geschlossener Wunde in seine Heimath entlassen. Hier will er bereits am nächsten Tage einen linearen kurzen Spalt in der Gegend der frühern Perforation bemerkt haben, der sich bis zum 23. II. 1890 erweiterte und an diesem Tage die Form einer wiederum ovalen Oeffnung zeigte. Dieselbe war jedoch um etwa die Hälfte kleiner wie der frühere Defect. Nach galvanokaustischer Aetzung der Ränder schliesst sich der Spalt allmählich bis auf eine kaum für eine Stecknadel durchgängige Stelle, durch welche feste Speisen garnicht, flüssige nur zeitweise in die Nasenhöhle gelangen. Der Sprachklang hatte einen vollkommen normalen Charakter wieder angenommen.

Februar 1891: Pat. erfreut sich eines vortrefflichen Allgemeinbefindens; im übrigen stat. id.

Tafel XIII.

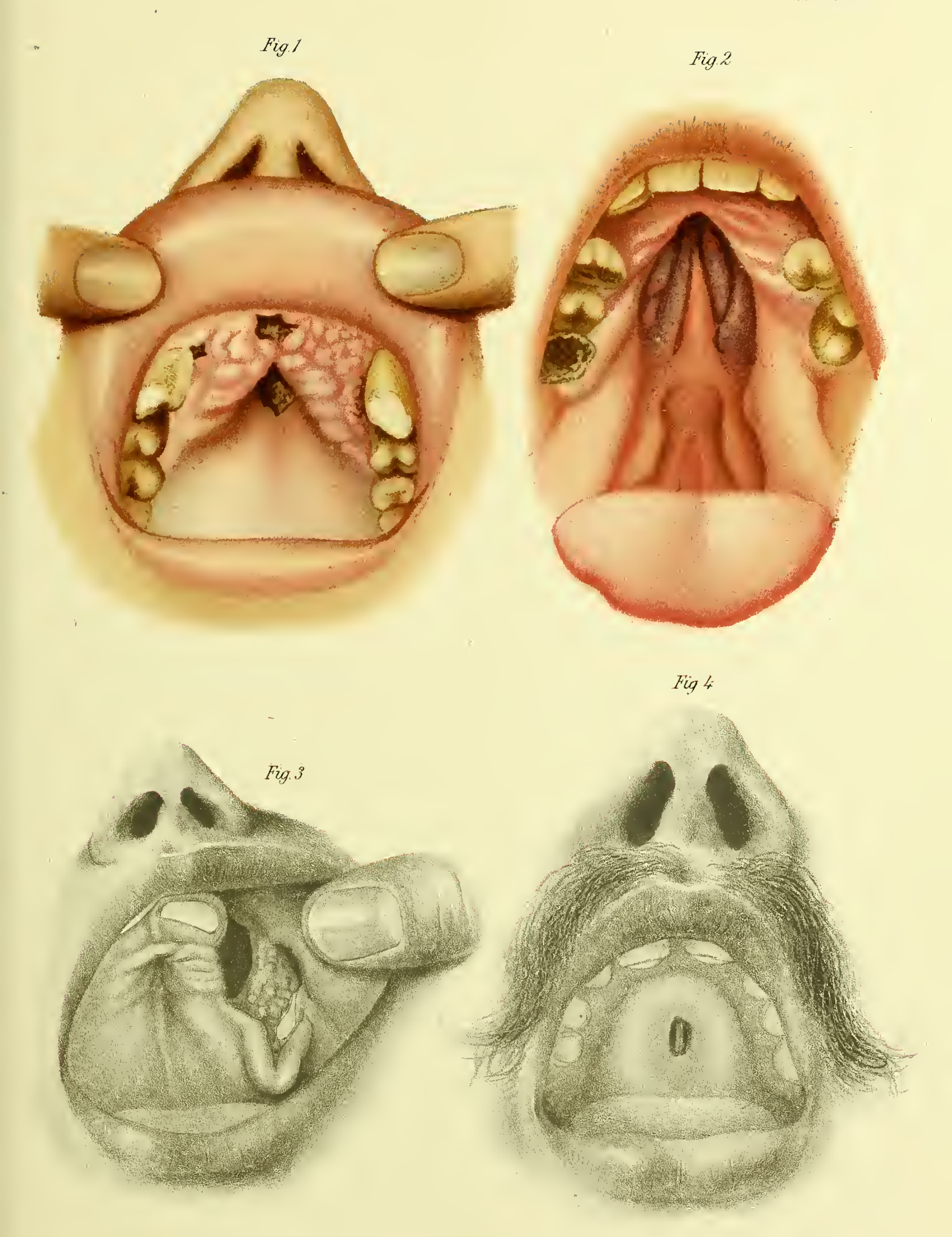
Fig. 1. Nekrose des Alveolarfortsatzes und des angrenzenden Theiles des harten Gaumens.

Fig. 2. Umfangreicher Defect des harten und weichen Gaumens durch Syphilis.

Fig. 3. Defect des Alveolar- und angrenzenden Gaumenfortsatzes durch (nicht-specifische) Nekrose.

Fig. 4. Kleiner centraler Defect des harten Gaumens durch Syphilis.

Tafel. XIII



K. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin

Tafel XIV.

Fig. 1. Epithelialcarcinom des harten Gaumens und Alveolarfortsatzes.

C. U., 59 Jahre alt, Eisenbahnbeamter aus Russland, stammt aus gesunder Familie, will bisher stets gesund gewesen sein. Vor 18 Jahren wurden die oberen Zähne locker und sollen innerhalb weniger Monate sämmtlich herausgefallen sein; dabei war das Zahnfleisch geschwollen, doch will Pat. sonst keine Beschwerden gehabt haben. Vor 2 Jahren entwickelten sich am Zahnfleisch kleine Geschwüre, welche anfänglich vorübergehend zuheilten, später aber an Umfang zunahmen und allmälich zum jetzigen Zustand führten; seit 3 Monaten lästiger Speichelfluss und Schwierigkeiten beim Essen und Sprechen.

9. XI. 87 wird in der chirurgischen Klinik zu Königsberg folgender Status notirt: Kleiner, mässig genährter Mann; innere Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Auffallend ist die bläulich geröthete, unförmlich verdickte Nase, deren Talgdrüsenmündungen stark erweitert sind; bei leichtem Druck entleeren sich aus letzteren lange Sebumpfröpfe. Die oberen Zähne fehlen sämmtlich. Der Alveolarfortsatz und harte Gaumen sind von einer flachhöckerigen, in die Mundhöhle stark prominirenden Geschwulst eingenommen, welche nach hinten bis an die Grenze des weichen Gaumens resp. die Stelle der Weisheitszähne, nach vorn bis an die Uebergangsfalte der Oberlippe reicht. Die Geschwulst fühlt sich weich an und ist wenig schmerzhaft. Ihre Oberfläche ist stellenweise von verdünnter, dunkelgerötheter Schleimhaut überzogen, an anderen, bis 15 mm im Durchmesser haltenden, Stellen liegt eine zerfallende graugelbliche Gewebsmasse bloss, aus welcher einzelne weissliche Pfröpfe hervorragen. — Beide Nasenhöhlen frei, nur ist beiderseits der Boden derselben etwas in die Höhe gedrängt. Keine nachweisbaren Lymphdrüsen.

9. XI. 87 wird nach Spaltung der Oberlippe der harte Gaumen sammt Alveolarfortsatz resecirt. Tamponade mit Jodoformgaze. Der Tumor ist überall scharf begrenzt; der ganze weiche Gaumen kann erhalten werden. — Am 25. XI. wird Pat. mit zum Theil noch granulirender Wunde entlassen. Den Defect des Gaumens füllt Pat. am Tage mit einem Wattepfropf aus. Nach einem halben Jahr stellt sich Pat. mit einem kleinen Recidiv am Rande des weichen Gaumens rechterseits vor, welches mit Meissel und Knochenzange exstirpirt wird. Nach einem weiteren halben Jahr erscheint Pat. wieder und zwar ganz recidivfrei. Er erhält eine Prothese welche er ohne Beschwerden zum Essen und Sprechen verwenden kann.

Anatomische Untersuchung des Tumors: Auf dem Durchschnitt zahlreiche Nester einer markig-weissen Geschwulstmasse innerhalb eines mehr durchscheinenden Gerüstes; bei Druck treten comedoartige Pfröpfe aus, welche aus Plattenepithelien bestehen und stellenweise deutliche Epithelperlen enthalten. Auf mikroskopischen Schnitten ist der typische Bau eines Plattenepithelkrebses zu erkennen.

Fig. 2. Melanotisches Sarkom des harten Gaumens.

H. B., 47 Jahre alt, Arbeiterwittwe aus Königsberg, will bis vor 3 Jahren stets gesund gewesen sein. 1887 bemerkte sie, dass die Fläche des harten Gaumens uneben wurde und

eine schwarze Farbe annahm; auch wurden die Backen- und Mahlzähne der rechten Seite locker. Keinerlei Beschwerden.

Als sich Pat. im October 1887 in der chirurgischen Poliklinik vorstellte, war folgender Status zu notiren: Mässig genährte, etwas anämisch aussehende Frau; in inneren Organen keine Veränderungen nachzuweisen. Die Schleimhaut des harten Gaumens sowie die Gingiva an den rechten Mahlzähnen fast gleichmässig grauschwarz verfärbt; innerhalb der verfärbten Partie hier und da kleine Inseln von normaler Schleimhautfarbe. An der Wangenschleimhaut beiderseits mehrere bis bohnengrosse Flecke von ähnlicher grauschwarzer Farbe. An letzteren Stellen sowie an den Grenzen der zuerst beschriebenen Partie zeigt die Schleimhaut sonst vollkommen normale Verhältnisse (Oberfläche, Glanz u. s. w.). Ueber der rechten Hälfte des harten Gaumens dagegen ist die Schleimhaut verdickt, stellenweise zu flachen Höckern emporgehoben. glanzlos, trocken. Epithelüberzug überall erhalten. Palpation ergiebt nichts Auffallendes; auch die rhinoskopische Untersuchung giebt einen negativen Befund. Keine Drüsen zu palpiren. — Es wird ein in Entwicklung begriffener melanotischer Tumor diagnosticirt, jedoch mit Rücksicht auf die diffuse Ausbreitung des Processes (Wangen) und die geringen Beschwerden von einem Eingriff abgesehen. Mehr als ein Jahr lang schien der Process keinen Fortschritt zu machen; die verfärbten Stellen vergrösserten sich unmerklich. ohne dass deutlichere Erscheinungen von Geschwulstbildung eintraten. Erst im Winter 1888/89 fing der Ueberzug des harten Gaumens sowie des rechten Alveolarfortsatzes sichtlich zu schwellen an. So entwickelte sich allmählich die in Fig. 2 dargestellte Geschwulst, wie sie im Frühjahr 1889 zu beobachten war. Sie präsentirte sich als eine dem harten Gaumen und rechten Alveolarfortsatz flach aufsitzende, blauschwarze Masse von derber Consistenz und flachhöckeriger Oberfläche, stellenweise von flachen, leicht blutenden Ulcerationen eingenommen. Zu dieser Zeit schwollen auch schon die Submaxillar-Lymphdrüsen an.

Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Gewebsstückes ergab den Befund eines melanotischen Sarkoms (grosse pigmenthaltige Rundzellen mit spärlichem Bindegewebe).

Im weiteren Verlauf wuchs die Geschwulst immer rapider weiter, ergriff den ganzen Oberkiefer, perforirte in die Nasenhöhle und zerfiel jauchig gegen die Mundhöhle zu, während sich auch die Drüsenmetastasen immer weiter entwickelten; zunehmender Marasmus. Anfangs Mai 1890 Exitus.

Tafel XIV.

Fig. 1. Epithelialcarcinom des harten Gaumens und Alveolarfortsatzes.

Fig. 2. Melanotisches Sarkom des harten Gaumens.



Fig.2

K. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin



Tafel XV.

Fig. 1. Erythem der Rachengebilde.

N. N. 43 J. alt, Apothekenbesitzer aus Ostpreussen.

Pat. war wegen einer seit Mitte November 1888 bestehenden Heiserkeit einem der Herausgeber dieses Atlas am 4. IV. 89 zugewiesen. Aus dem Berichte des Hausarztes ging hervor, dass tuberculöse Heredität bestand. Frühjahr 1888 syphilitische Infection, August 1888 erste Inunctionskur. October 1888 Periorchitis, deren Erscheinungen nach antisyphilitischer Behandlung verschwanden. Während einer im Februar 1889 durchgemachten neuen Inunctionskur soll die seit dem vorausgehenden Herbst vorhandene Heiserkeit geringer geworden sein. Von besonderer Wichtigkeit ist die in dem Briefe des Hausarztes enthaltene Mittheilung, dass die weiter unten zu beschreibende eigenthümliche Verfärbung der Gaumenschleimhaut schon lange vor der specifischen Infection beobachtet sei. Pat. selbst ergänzte diese Mittheilung dahin, dass der in Rede stehende Zustand schon 1874, gelegentlich einer Consultation bei Prof. Möller (†), constatirt und von dem Genannten auf den übergrossen Cigarrenverbrauch des Pat. bezogen sei.

4. IV. 1889: Kräftig gebauter, nach eigener Angabe an den Genuss alkoholischer Getränke und an Rauchen schwerer Cigarren gewöhnter Mann. Sprachklang etwas belegt. Keine besonderen Beschwerden. Die Besichtigung der Mundrachenhöhle zeigt die in Fig. 1 abgebildete kleinfleckige Röthung der Gaumenschleimhaut und diffuse lividrothe Verfärbung der Schleimhaut der Uvula, der Gaumenbogen und der Mucosa interarcualis. Pharynx-Schleimhaut (Pars oralis wie Pars nasalis) geröthet, trocken, stellenweise mit Borken bedeckt. Rhinoskopisch: Nasenhöhle auf beiden Seiten, besonders links, abnorm weit, Mucosa narium durchweg geröthet; da und dort gelbes Secret und Borken. Laryngoskopisch: Fleck- und streifenweise Hyperämie und leichte Schwellung der Bedeckungen des Kehlkopfinnern. Bei Untersuchung der Haut wird das Vorhandensein von Pityriasis versicolor und von Acne vulgaris dorsi constatirt. Am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes.

Verordnung: Diätetische Vorschriften (Verbot des Rauchens und des Genusses alkoholscher Getränke). Kur in Ems.

Nach brieflicher Auskunft des Hausarztes vom 18. III. 90 hat sich in dem Zustande des Patienten, der seine alte Lebensweise beibehielt, seither wenig geändert; in specie persistirt die Injection der Mundschleimhaut.

Tafel XV.

Fig. 2. Breite Condylome (syphilitische Plaques, papulöse Schleimhautsyphilide) der Rachengebilde und der Zungenspitze.

X., 24 J. alt, Arbeiterfrau aus Ostpreussen.

Pat., im Juli 1889 unter den Erscheinungen constitutioneller Syphilis erkrankt, war von dem in ihrer Gegend ansässigen Arzte mit 4 in 8tägigen Intervallen ausgeführten subcutanen resp. intramusculären Injectionen in die Glutaealgegend behandelt worden. Die, bereits früher existirenden, besonders beim Essen recht lebhaften Schmerzen im Mund und im Halse hatten sich bei dieser Therapie nicht gebessert, weshalb Patient Anfang October 1889 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas Rath suchte. Um diese Zeit (in welche auch die Aufnahme der Abbildung fällt) bestanden folgende Krankheits-Erscheinungen: Lichtung des Haarbodens an einigen kleinen, nicht scharf umgrenzten, sonst übrigens unveränderten Stellen der Kopfhaut, Polyadenitis, besonders Schwellung der Submental- und Cervical-Drüsen, nässende Papeln in der Umgebung des Afters, breite Condylome der Mundwinkel und der Unterlippenschleimhaut, der Zungenspitze, der Gaumenbogen, der Uvula, der Schleimhaut des velum palatinum, etwas Röthung und Schwellung der Gingiva. Das gequollene Epithel, welches die Oberfläche der Schleim-Papeln der Mundhöhle deckte, hatte (vielleicht unter dem Einfluss eines gewissen Grades von Mercurialismus?) ein heller-weisses Colorit angenommen, als gewöhnlich. Die papulösen Veränderungen der Mundwinkel präsentirten sich unter dem typischen Bilde etwa hufeisenförmiger, von schmutzig-gelben Borken bedeckter, an den Lippen selbst tief eingerissener, steilrandiger Erhabenheiten (vgl. Tafel IV, Fig. 4).

Beseitigung der Krankheits-Erscheinungen durch etwa 5wöchige Behandlung (Mund-Reinigung mit entsprechend verdünntem Liquor Alumin. acet., Kauterisation der Plaques mit Argentum nitricum in Substanz, innerlich: Jodkalium).

Fig. 3. Narbige Veränderung der Rachengebilde nach Syphilis.

A. M,, 26 J. alt, Kellnerin aus Königsberg.*)

1881 syphilitische Infection. Wiederholte Attaquen destruirender Nasensyphilis. Hinsichtlich der Beschaffenheit der Fauces wurde am 3. I. 88 notirt: „Die Pharynxschleimhaut sowohl im Bereich des cavum pharyngonasale wie der Pars oralis atrophisch aussehend, von Narbenzügen netzartig durchsetzt. Das velum palatinum gleichfalls atrophisch. Die Uvula ist durch Narbengewebe nach rechts dislocirt; nahe ihrer Basis eine erbsengrosse Perforatio veli.“ Ueber die Entstehung dieser Veränderung liess sich Näheres nicht eruiren. Unsere Abbildung versinnlicht die Beschaffenheit der Rachengebilde nach Ablauf von weiteren zwei Jahren, während derer Patientin wiederholt antisyphilitisch behandelt wurde. Wie man sieht, ist durch narbige Contraction die Durchbruchsstelle am weichen Gaumen verschwunden, die Uvula wieder in die Medianlinie gerückt, die rechte Seite des Velum palatinum verkürzt.

*) Die Krankengeschichte dieser Patientin ist in der aus dem Ambulatorium von Michelson erschienenen Arbeit Gerber's: Beiträge zur Kenntniss der pharyngo-nasalen Syphilis-Affectionen, Arch. f. Dermatolog. u. Syphil., 1889, Heft 4, S. 506 u. 507 in extenso mitgetheilt.

Tafel XV.

Fig. 4. Perforation des weichen Gaumens durch ulceröse Syphilis.

F. R., 26 J. alt, Schuhmacher aus Königsberg.

Herbst 1888 ein erbsengrosses Geschwür an der Haut des Penis. Keine ärztliche Behandlung. Ueber etwaige der Ulceration gefolgte Allgemein-Erscheinungen nichts zu eruiren. Seit Mai 89 „Schnupfen". In den letzten Wochen erfolglose Behandlung mit Einpinselungen des Nasen-Innern durch einen zu Rath gezogenen Arzt.

22. XI. 89. Kräftig gebauter, aber blass aussehender Mann. Subjective Klagen: Halsschmerzen, Schlingbeschwerden, Nasenverstopfung. Verschlucken und Eindringen von Speisetheilen in die Nase bei Nahrungsaufnahme. Sprache gaumig-nasal. Im vordersten medianen Theile des weichen Gaumens eine etwa 6 mm lange durchschnittlich ca. 2 mm breite, sich dorsalwärts etwas verschmälernde längs-ovale Perforation mit scharfen ulcerirten Rändern. Die Mucosa veli zeigt eine intensive sammetartige Röthung, von der nur die seitlichen Partien freigeblieben sind. Nach der Peripherie hin blasst diese Röthe etwas ab; in der hinteren Zone derselben fällt ein Netz von erweiterten Gefässen auf. Aus der Perforationsstelle sieht man bei rückwärts geneigtem Kopf zuweilen zähes purulentes Secret ausfliessen und dann an deren hinterer Umgebung haften bleiben. Auch die übrigen Rachengebilde, ganz besonders die Uvula, entzündlich geschwollen und verfärbt (Fig. 4). Rhinoskopisch: Bedeckungen der unteren Muscheln stark infiltrirt, verhindern den Einblick in die hintern Theile der Nasenhöhle. Pharyngoskopische Untersuchung wegen zu grosser Reflexreizbarkeit auch nach Cocaineinpinselung unausführbar. Beim Vorziehen und Anheben des Velum mit dem Voltolini'schen Gaumenhaken kommt an der hintern Wand des Naso-Pharynx eine tiefe, rundliche, fast 2 cm im grössten Durchmesser haltende Ulceration zu Gesicht. Die den Grund derselben anfüllenden Granulationen sind grösstentheils mit grünlich-gelbem Secret bedeckt, Ränder des Geschwürs erhaben, unregelmässig gewulstet. (Vgl. Tafel XXIII, Fig. 1.) Am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes.

Behandlung: Energische, bis Mitte März 1890 fortgesetzte antisyphilitische Kur, bestehend in ca. 55 Inunctionen von 3—4 gr Unguent. Hydrargyr. ciner. und innerlichem Gebrauch von ca. 100 gr Jodkalium. Oertlich: Jodoform - Insufflation, später einige Male Aetzen der Ränder der Durchbruchsstelle am Gaumen mit Ag. nitric.

Erfolg der Behandlung: Beseitigung sämmtlicher Krankheitserscheinungen. An der Stelle der früheren Gaumen-Perforation eine stark nadelkopfgrosse, etwas trichterförmig vertiefte Narbe. Die seitens des Geschwürs der hinteren Schlundkopfwand hinterlassene Narbe glatt und flach.

Tafel XV.

Fig. 1. Erythem der Rachengebilde.

Fig. 2. Breite Condylome (syphilitische Plaques, papulöse Schleimhautsyphilide) der Rachengebilde und der Zungenspitze.

Fig. 3. Narbige Veränderung der Rachengebilde nach Syphilis.

Fig. 4. Perforation des weichen Gaumens durch ulceröse Syphilis.

Tafel XV

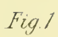


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

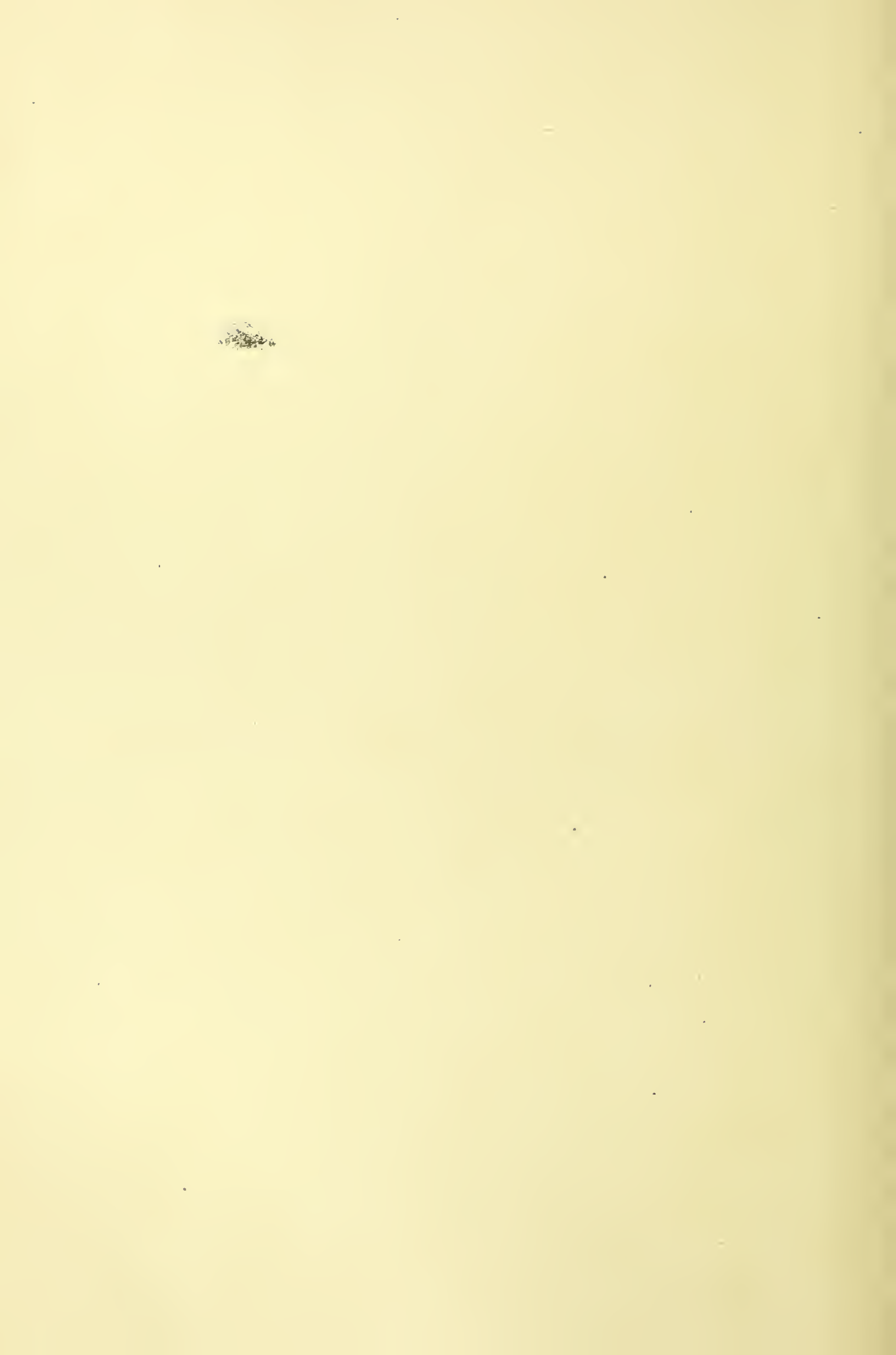


Fig. 4



K. Braune pinxit

W. A. Meyn Lith. Inst. Berlin



Tafel XVI.

Fig. 1. Leukoplakia (Psoriasis) buccalis (Plaques des fumeurs, Tylosis).

R. R., 40 J. alt, Gutsbesitzer aus Russisch-Polen, acquirirte vor 16 Jahren Syphilis. Vor 9 Jahren bemerkte Pat. zum ersten Mal weisse Flecke am Zungenrücken, welche allmählich an Umfang zunahmen und sich später auch an der Schleimhaut der Wange und Unterlippe entwickelten. Anfänglich hatte Pat. keinerlei Beschwerden; in den letzten Jahren empfindet er dagegen besonders am linken Zungenrand ein schmerzhaftes Brennen, welches sich beim Sprechen und Kauen steigert; seit dieser Zeit beherrscht den Kranken eine gewisse hypochondrische Stimmung. Alle bisher gebrauchten örtlichen und allgemeinen Mittel, namentlich auch antisyphilitische Kuren, blieben erfolglos. Pat. raucht stark Cigaretten (bis 50 täglich); auch trinkt er gewohnheitsmässig Branntwein.

Zur Zeit der Anfertigung der vorliegenden Abbildung, März 1890, sind an dem kräftig gebauten, ziemlich gut genährten Patienten ausser den Veränderungen der Mundschleimhaut keine anderweitigen Erkrankungen nachzuweisen. (Keine sonstigen Zeichen von Lues.) Die milchweissen, einen matten Glanz zeigenden Verfärbungen der Mundschleimhaut nehmen in Form von grösseren und kleineren, zum Theil confluirenden, undeutlich und unregelmässig begrenzten Flecken die vordere Hälfte des Zungenrückens und beider Zungenränder ein; die dazwischen liegenden, nicht verfärbten Schleimhautpartien sind hyperämisch. Eine ausgedehnte Verfärbung mit verschwommenen Grenzen zeigt die Wangen- und Lippenschleim-

haut zu beiden Seiten in fast symmetrischer Form; am stärksten ausgeprägt ist die Veränderung in den Mundwinkeln, welche das Centrum einer zarten strahlenartigen Zeichnung bilden. Eine Menge hirsekorn- bis erbsengrosser diffuser Flecke findet sich an der deutlich hyperämischen, etwas gequollenen Schleimhaut der Unterlippe. Nur der linke Zungenrand ist bei Berührung empfindlich; an den übrigen verfärbten Stellen ist die Empfindung eher etwas herabgesetzt.

Therapie: Einpinselungen mit Cocain- und Bor-Glycerinlösung. Es wird dem Pat. eine energische Kauterisation der schmerzhaften Stelle mit dem Thermocauter vorgeschlagen.

Fig. 2. Epithelialcarcinom der Wangenschleimhaut.

H. K., 69 J. alt, Landwirth aus Ostpreussen, war bis auf einen vor 40 Jahren überstandenen Typhus stets gesund. Im August 1889 fiel er mit der linken Wange heftig gegen ein Holzstück. Vor 3 Monaten bemerkte er an der linksseitigen Wangenschleimhaut beim Betasten mit der Zungenspitze eine rauhe harte Stelle, welche allmählich wuchs und seit 4 Wochen beim Kauen schmerzte. Pat. will in der letzten Zeit eine Abnahme seiner Kräfte bemerkt haben.

22. II. 1890. Mittelgrosser, ziemlich gut genährter Mann. Lungenemphysem mässigen Grades; die übrigen inneren Organe ohne nachweisbare Veränderungen. An der Schleimhaut der linken Wange und zwar entsprechend der Interalveolarfalte ein circa zweimarkstückgrosses Geschwür mit verdickten aufgeworfenen Rändern; der Grund mit etwas missfarbigem übelriechendem Secret bedeckt. Der tastende Finger findet an dieser Stelle einen kastaniengrossen, harten Tumor, welcher bis an den Alveolarfortsatz des Unterkiefers reicht und durch die Weichtheile bis an die äussere Haut zu verfolgen ist; der Tumor lässt sich über dem Unterkiefer und dem Masseter nicht verschieben. Unter dem linken Kieferwinkel eine bohnengrosse, harte Lymphdrüse. Die Bewegungen des Unterkiefers in mässigem Grade beschränkt und schmerzhaft.

5. III. Exstirpation der Geschwulst durch einen vom Mundwinkel horizontal nach aussen führenden Schnitt; es muss ein zweimarkstückgrosses Stück der äusseren Haut, sowie ein Theil des Masseter mit entfernt werden. Die blossgelegte Knochenfläche des Unterkiefers wird mit dem Thermocauter verschorft. Entfernung der auffindbaren Submaxillar-Lymphdrüsen, Deckung des Hautdefectes durch einen Lappen aus der Halshaut. Die Wunde wird gegen die Mundhöhle mit Jodoformgaze tamponirt. Heilung ohne Zwischenfall.

29. III. wird Pat. mit einer Fistel, welche auf den verschorften Knochen führt, entlassen. — Anfang Mai stellt sich Pat. vor: Unterkiefer in etwas beschränktem Masse, aber ohne Schmerzen beweglich; die verschorfte (nekrotische) Knochenlamelle noch nicht abgestossen.

Mikroskopische Untersuchung der excidirten Geschwulst: Typischer Plattenepithelkrebs mit spärlichem Stroma, zahlreichen Epithelzapfen und deutlich entwickelten Epithelzwiebeln.

Fig. 3. Cavernöses Angiom der Wangenschleimhaut.

E. S., 15jähriges Mädchen aus Russland. Die Geschwulst soll seit frühester Jugend bestehen, in den letzten Jahren etwas gewachsen sein. Bei dem sonst gesunden Mädchen bemerkt man äusserlich eine Anschwellung der dem linken Mundwinkel benachbarten Weichtheile; die Haut darüber von normalem Aussehen. Die Schwellung der Theile nimmt bei Anwendung der Bauchpresse zu. Fasst man die betreffende Partie der Wange zwischen die

Finger, so fühlt man eine sehr weiche, elastische, über kastaniengrosse Geschwulst, welche durch mässige Compression so weit zum Schwinden zu bringen ist, dass die Finger daselbst eine Lücke fühlen. Stülpt man die Wangenschleimhaut nach aussen, so kommt der abgebildete Tumor zur Ansicht; er scheint an einer Stelle durch die verdünnte Schleimhaut dunkelbläulich durch, im Uebrigen ist er von normal gefärbter Schleimhaut überzogen.

2. II. 1890. Ausschälung der Geschwulst durch einen Schnitt von der Wangenschleimhaut aus. Vollständige Naht. Primaheilung. Vollständiger kosmetischer Erfolg.

Tafel XVI.

Fig. 1. Leukoplakia (Psoriasis) buccalis (Plaques des fumeurs, Tylosis).

Fig. 2. Epithelialcarcinom der Wangenschleimhaut.

Fig. 3. Cavernöses Angiom der Wangenschleimhaut.

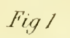


Fig 1



Fig 2

Fig 3

H.C. Braun pinxit

W.A. Meyn Lith. Inst. Berlin.



Tafel XVII.

Fig. 1. Tonsillitis (Amygdalitis, Angina) follicularis.

N. N., 21 J. alt, Student aus Königsberg.

Der wegen eines nicht syphilitischen Bubo inguinalis in der Behandlung der chirurgischen Klinik befindliche Patient giebt an, seit dem Sommer 1888 wiederholt an Entzündungen der Mandeln gelitten zu haben. Seit dem 1. XI. 89 Klage über Schmerzen im Halse, die namentlich beim Schlucken auftreten. Objectiv am 3. XI. 89: Mässige Schwellung beider Tonsillen; starke entzündliche Schwellung des Schleimhautüberzugs derselben. Gefässe der benachbarten Theile der Gaumenschleimhaut injicirt. In den Tonsillarkrypten eine Anzahl stecknadelkopfgrosser, zum Theil auch noch umfangreicherer, gelblich-weisser Flecke. Kein Fieber. (Regelmässige Temperaturmessungen.) Verschwinden sämmtlicher Krankheitserscheinungen nach etwa acht Tagen unter geeigneter Behandlung.

Fig. 2. Chronische Hypertrophie der linken Tonsille, eine Geschwulst vortäuschend.

A. F., 10 J. alt, Besitzertochter aus Ostpreussen.

Das sonst gesunde und anscheinend geistig rege Kind soll taub geboren sein. Bei dem ihr in der Taubstummenanstalt zu Königsberg ertheilten Sprachunterrichte fiel es auf, dass das Kind ausser Stande war, die Gaumenlaute in geeigneter Weise zu bilden. Die Ursache dafür glaubte der Lehrer in der sogleich zu beschreibenden Geschwulst zu finden.

Nach der seitens der Angehörigen ertheilten Auskunft soll diese Geschwulst bereits in frühester Kindheit bemerkt worden sein, allmählich aber sich etwas vergrössert haben.

6. II. 1890. Pat. hält dauernd den Mund geöffnet. Die linke Seite des Velum und der Uvula wird von einem fast wallnussgrossen, nach unten sich etwas verjüngenden, birnförmigen Tumor occupirt, der sich, wie die Sondenuntersuchung erkennen lässt, breitbasig zwischen den Gaumenbogen inserirt. Die Consistenz der Geschwulst ist derb-elastisch; ihr Schleimhautüberzug glatt, von livid-röthlicher Färbung; in der Mitte der Vorderfläche fallen zwei etwa linsengrosse gelblich durchscheinende Stellen und am obern Theile ein etwa 1 mm breiter sehnenartig gefärbter Streifen auf, an welchen letzteren sich kleine ectatische Gefässe ansetzen. Rechte Tonsille von normaler Beschaffenheit; am übrigen Körper (auch otoskopisch) nichts Bemerkenswerthes zu ermitteln. Behandlung: Entfernung der Geschwulst mit dem Tonsillotom.

Anatomischer Befund: Sofort nach der Entfernung gewinnt die Geschwulst ein viel tonsillenähnlicheres Aussehen, wie während ihres Zusammenhangs mit dem Körper. Es treten namentlich jetzt eine grosse Zahl mehr oder weniger umfangreicher Lacunen zu Tage, die sich vorher der Wahrnehmung entzogen hatten.

Histologisch: Cytogenes Gewebe mit stark entwickeltem Bindegewebsstratum.

Erfolg der Behandlung: Nach Mittheilung des Taubstummenlehrers vermag Pat. nunmehr die Gaumenlaute in viel befriedigenderer Weise auszusprechen, als früher.

Fig. 3. Tonsillitis chronica.

C. N., 14 Jahre alt, Inspectorstochter aus Königsberg.

Gut entwickeltes, sonst gesundes Mädchen. Seit längerer Zeit öfters Schmerzen beim Schlucken.

19. XI. 89. Beide Tonsillen geschwollen und mässig geröthet. An denselben fallen stark ausgebildete Krypten auf. Kein Fieber, keine Symptome constitutioneller Erkrankung.

Behandlung: Anfänglich Gurgeln mit verdünnter essigsaurer Thonerde, nach Verschwinden der acuten Erscheinungen: Tonsillotomie.

Controlluntersuchung am 24. II. 90: Die Nische zwischen den beiden rechtsseitigen Gaumenbogen ist noch von einem Rest der Tonsille ausgefüllt. Pat. giebt an, seit der Behandlung im Herbst dieses Jahres von den früheren Beschwerden verschont geblieben zu sein.

Fig. 4. Benigne Tonsillar-Mykose.

Frl. B., 22 J. alt, Lehrerin aus Königsberg.

Die an Caries mehrerer Zähne leidende, sonst aber gesunde Dame bemerkte seit Juli 1890 kleine weisse Flecke, zuvörderst an der rechten, dann auch an der linken Gaumenmandel; zugleich stellte sich ein leichtes Unbehagen, eine „scheuernde“ Empfindung im Halse ein. Durch die angewandten Mittel (Gurgeln mit Sol. kal. chlor. etc.) wurden die Krankheitserscheinungen nicht zum Verschwinden gebracht und suchte Pat. auf Veranlassung von Herrn Dr. Borbe am 18. XI. 90 bei einem der Herausgeber dieses Atlas Rath. Man fand an den im Uebrigen unverändert aussehenden Tonsillen eine Anzahl theils rundlicher, theils unregelmässig gestalteter nadelspitzen- bis hirsekorngrosser, das Schleimhautniveau etwas überragender weiss oder weiss-gelblich gefärbter Flecke. Die grösseren derselben hatten ihren

Tafel XVII.

Sitz augenscheinlich in den Tonsillarkrypten. Der Zusammenhang zwischen diesen Auflagerungen und dem unterliegenden Gewebe war ein so inniger, dass es der ziemlich energischen Handhabung der Schäffer'schen Löffelsonde bedurfte, um dieselben zu entfernen. Makroskopisch hatten die ausgelöffelten Massen eine schmierig-weiche Consistenz; die grössern derselben boten beim Zerdrücken einen etwas fötiden Geruch dar. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte es sich, dass die in Rede stehenden Massen sich aus Leptothrix und Gemischen verschiedenartiger Bacterien zusammensetzten.

Behandlung: Mundreinigung mit Thymolmundwasser. Wiederholte Auslöffelung.

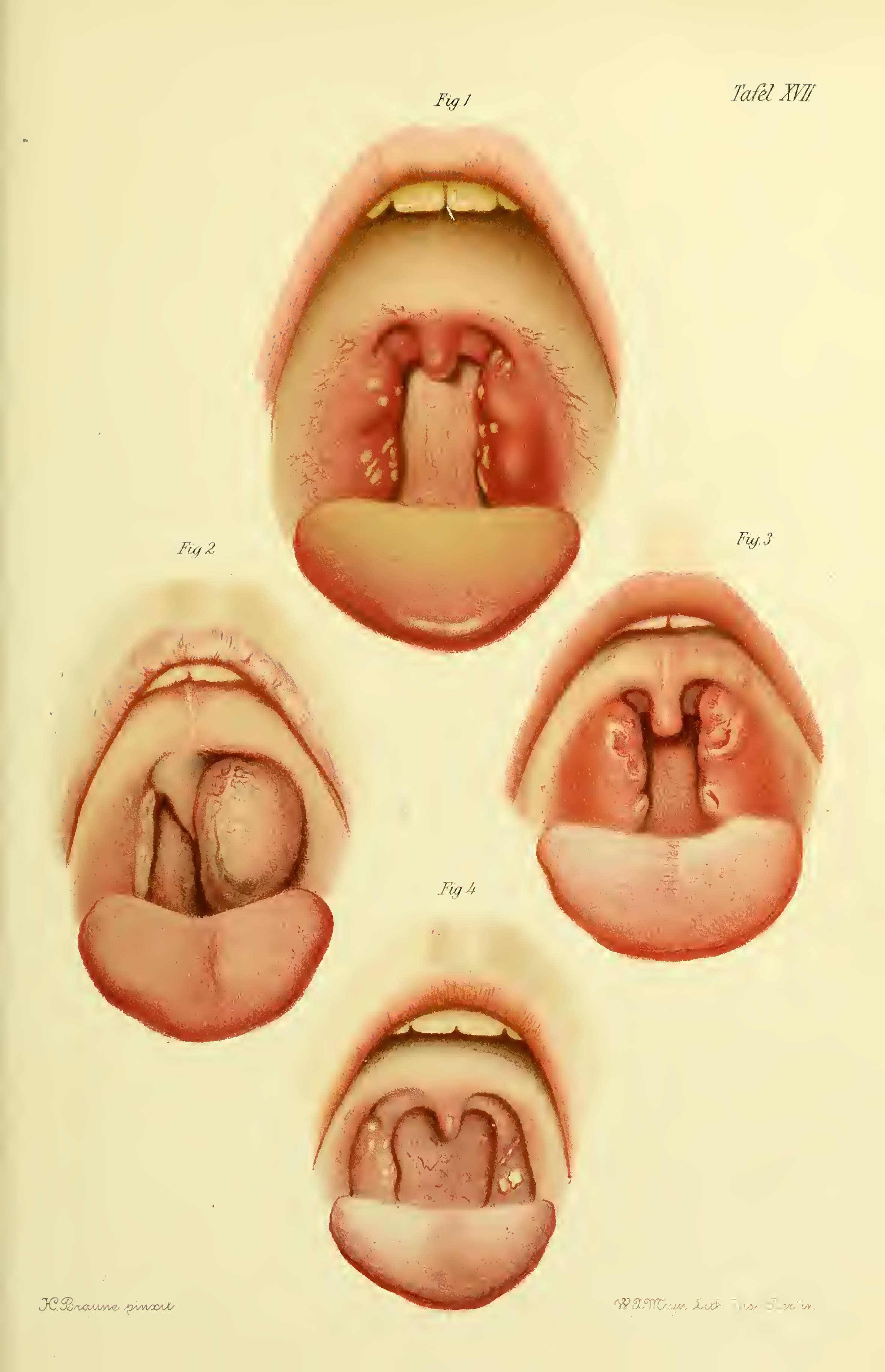
Tafel XVII.

Fig. 1. Tonsillitis (Amygdalitis, Angina) follicularis.

Fig. 2. Chronische Hypertrophie der linken Tonsille, eine Geschwulst vortäuschend.

Fig. 3. Tonsillitis chronica.

Fig. 4. Benigne Tonsillar-Mykose.


Fig 1
Fig 2
Fig 3
Fig 4
H. Braune pinxit

Tafel XVIII.

Fig. 1. Breite Condylome (papulöse Schleimhaut-Syphilide, Plaques muqueuses) der Tonsillen.

M. B., 23 J. alt, Wirthin aus Königsberg.

Die kräftig gebaute Pat. trat am 9. X. 1889 mit folgenden Krankheits-Erscheinungen in poliklinische Behandlung: Erosion an der rechten grossen Schamlippe, ziemlich starke indolente Schwellung der Inguinal-, geringere der Cervical- und Nuchal-Drüsen, Roseola, Condylomata lata der Vulva und der Umgebung des Anus. Die Oberfläche der über die Gaumenbogen etwas hervorragenden Tonsillen sowie die freien Ränder der vorderen Gaumenbogen boten, von einer opaken, weiss-gelblich verfärbten Lage gequollenen Epithels bedeckt, das typische Bild der sogenannten Plaques muqueuses dar; der an den obersten Theil der Tonsille grenzende Abschnitt des Arcus palato-glossus dexter zeigte sich in Folge eines schmalen ulcerösen Defects ausgezackt; die Schleimhaut in der Umgebung der Tonsillen durchweg in mässigem Grade geröthet. An der Pars oralis pharyngis ein paar nadelkopfgrosse Granula (geschwollene Lymphfollikel). (S. Fig. 1.)

Behandelt wird Pat. bis zum 3. XII. 1889 mit 11 intramusculären Injectionen von 0,1 Hydrargyr. salicylic. in 1,0 Paraffin. liquid. An dem genannten Tage ist von dem früher vorhandenen Exanthem nichts mehr nachweisbar; Schwellung der Drüsen geringer, Plaques der Tonsillar-Schleimhaut, zerfallende Papeln der Genital- und Anal-Gegend noch nicht völlig abgeheilt. Pat. entzieht sich dann einige Wochen hindurch der Beobachtung. Als sie sich am 9. I. 1890 wieder vorstellt, finden sich: Impetigo capitis, Röthung und Schuppung der Haut in der Circumferenz des l. Nasenflügels, Leucoderma specificum nuchae, zerfallende Papeln ad anum, opaline Trübung des Epithels an einem etwa kartenherzförmigen, von einer schmalen hyperämischen Zone umrandeten Bezirk der unteren Fläche der Zungenspitze. Behandlung: Innerlich Jodkalium, örtlich: Touchiren mit Arg. nitric.

Am 20. I. 1890, seit welchem Tage Pat. wiederum vorläufig ausbleibt, sind die Krankheitserscheinungen im Rückgang, aber noch nicht vollkommen beseitigt.

Mai 1890 sucht Pat. die Poliklinik wegen Schmerzen in der Umgebung des Afters auf, als deren Ursache ein Kranz zerfallener Papeln ermittelt wird. In der Mund-Rachenhöhle

keine syphilitischen Veränderungen mehr. Polyadenitis. Erfolgreiche Behandlung mit 20 mercuriellen Frictionen (von 3,0 Unguent. hydrargyr. ciner.) und Verbinden der Condylomata lata ad anum mit Unguent. hydrargyr. oxyd. rubr.

Fig. 2. Tuberculöses (lupöses) Geschwür der rechten Tonsille.

W. H., 18 J. alt, Kämmerersohn aus Ostpreussen*).

Keine hereditäre Belastung. Als erstes Anzeichen des jetzigen Krankheitszustandes zeigten sich 1887 Drüsenschwellung in der Submental-Gegend, Wundsein und Anschwellung der Umgebung des rechten Nasenloch's. Unter anderweitiger Behandlung früher erfolgloser Gebrauch von Jod-Präparaten.

Objectiv am 16. V. 1889 (vergl. Taf. IX, Fig. 2): Ziemlich gut genährter junger Mensch ohne besondere Beschwerden. Oberlippe entenschnabelartig geschwollen. Gingiva der oberen Schneide- und Eckzähne in eine üppig granulirende, mit reichlichem Eiter bedeckte Geschwürsfläche umgewandelt; auch die Uebergangsfalte und die mittlere Partie der Oberlippen-Schleimhaut sind in den Bereich der Erkrankung hineingezogen. An letzterer Localität nadelspitzen- bis linsengrosse discrete Infiltrations- und Ulcerations-Herde von gelblich-rother Färbung neben diffuseren gerötheten und geschwollenen Partien. Frenulum labii superioris grösstentheils zerstört. — An den linksseitigen Gaumenbogen und der Interarcual-Schleimhaut der linken Seite mehrere, sich über das Niveau ihrer Umgebung nicht erhebende nadelspitzen- bis nadelkopfgrosse weisslich-graue Infiltrate. Am lateralen Theile der Umrandung des rechten Nasenloch's, im Vorhof beider Nasenhälften und in der Nasenhöhle selbst, besonders rechterseits, mehr oder weniger umfangreiche Ulcerationen. Submental- und Submaxillar-Drüsen indolent geschwollen, bis haselnussgross, verschieblich. Am übrigen Körper, in specie an Lungen und Haut nichts Bemerkenswerthes.

Behandlung: Zerstörung der erkrankten Partien der Mund- und Nasenschleimhaut resp. des septum cartilagineum durch den scharfen Löffel, den Paquelin'schen Thermocauter, stellenweise auch (an den Gaumenbogen) den geknöpften Galvanocauter. Excision der vergrösserten Hals-Lymphdrüsen.

Mikroskopischer Befund an den durch Evidement entfernten Massen: Gefässreiches Granulationsgewebe ohne Riesenzellen und ohne Tuberkelbacillen. Die Untersuchung der erkrankten Drüsen ergiebt das Vorhandensein typischer Riesenzellen-Tuberkel.

März 1890: Am Zahnfleisch und im Nasen-Innern Neigung zu Recidiven. Rechte Tonsille und arcus palato-glossus dexter in eine von unregelmässigen Rändern umgebene Geschwürsfläche umgewandelt; an der Wurzel der uvula rechterseits ein gelbes, kaum stecknadelkopfgrosses Infiltrat inmitten der die ulcerirte Partie umgebenden hyperämischen Schleimhautzone. (S. Tafel XVIII, Fig. 2.) Die letztbeschriebenen Veränderungen heilen nach Behandlung mit dem Paquelin'schen Thermocauter.

Mai 1890: Im Naseninnern weiche Geschwulstmassen, die in bis haselnussgrossen Stücken theils mit der Schlinge, theils mit dem scharfen Löffel entfernt werden und histologisch aus Granulationsgewebe mit zahlreichen Riesenzellen bestehen.

21. XI. 1890: An der Schleimhaut des Zahnfleisches, der Oberlippe, des harten Gaumens, der Rachengebilde, der Nase und neuerdings auch des Kehlkopfs bieten wiederum

*) Die Krankengeschichte dieses von beiden Herausgebern des Atlas beobachteten Falles ist von einem derselben an anderm Orte in extenso mitgetheilt (Michelson: Ueber Tuberculose der Nasen- und Mundschleimhaut. Zeitschr. f. klin. Med., Bd. XVII, Suppl., S. 216. Berlin, 1890.)

zahlreiche Stellen den Charakter tuberculöser Erkrankung dar. Röthung und diffuse Schwellung der Haut der äusseren Nase rechterseits. Behandlung mit Koch's Tuberkulin in der medicinischen Klinik zu Königsberg (Prof. Lichtheim). Starke örtliche und allgemeine Reaction. Auf die erste Injection von 0,01 gr steigt die Körpertemperatur von 36,1 auf 40,4.

Pat. erhält bis zum 5. III. 91 im ganzen 21 Injectionen; die applicirte Dosis wird dabei allmählich bis auf 0,1 gr Tuberkulin erhöht. Eine erhebliche febrile Reaction fand nach den letzten drei Injectionen von je 0,1 gr nicht mehr statt. Während in den ersten Wochen der Behandlung eine entschiedene Besserung der Krankheitserscheinungen erkennbar war (reineres Aussehen, stellenweise Ueberhäutung der ulcerirten, Abflachung und geringere Röthung der infiltrirten Partien), bleibt der Process in letzter Zeit vollkommen stationär. Das Allgemeinbefinden des Pat. ist gut; derselbe hat seit Beginn der Tuberkulinbehandlung 5 kg an Gewicht zugenommen. Hervorgehoben zu werden verdient noch, dass an den Tagen nach den Injectionen an der Schleimhaut der Mundrachenhöhle mehrfach neue Eruptionen verschiedenen Charakters, so besonders Gruppen von gelben Stippchen auf geröthetem, etwas erhabenem Grunde bemerkt wurden. Diese frisch entstandenen Veränderungen pflegten dann im Verlaufe weniger Tage wieder zu verschwinden.

Fig. 3. Tuberculose (lupöse Form) der rechten Tonsille, der Rachenschleimhaut und der Epiglottis.

F. B., 15 J. alt, Fleischersohn aus Königsberg.

Die Mutter des Pat. starb im Alter von 29 Jahren an „Schwindsucht“; der Vater giebt an, stets gesund, in specie niemals syphilitisch inficirt gewesen zu sein, auch zwei im Alter von 16, resp. 12 Jahren stehende Geschwister des Kranken sollen gesund sein. Dieser selbst litt im zweiten Jahre an „Knochenfrass“ des linken Schienbeins; als er etwa 3 Jahr alt war, wurde ihm eine haselnussgrosse Geschwulst aus dem rechten obern Augenlid entfernt; wiederholt machte er Augenentzündungen durch. Seit 2—3 Wochen wird über mässige Schmerzen beim Schlingen geklagt.

1. III. 90. Blass aussehender, körperlich mangelhaft entwickelter, aber geistig reger Knabe. Dem Margo supraorbitalis dexter etwa parallel läuft eine 2 cm lange lineäre, ein wenig vertiefte Narbe. Alte, unregelmässig gestaltete, hinter dem Niveau der umgebenden Haut etwas zurückbleibende Narben finden sich auch über dem medialen Condylus des linken Oberschenkels, sowie über dem obern Theil des medialen Randes der linken Tibia. Eine veränderte Beschaffenheit des von ihnen gedeckten Knochens nicht nachweisbar. An der übrigen Haut nichts Abnormes. — Mundschleimhaut grösstentheils blass; nur die Gegend der Gaumenbogen und die mediale Partie der rechtsseitigen Interarcual-Schleimhaut zeigt mässige Röthung. Die freien Ränder der beiderseitigen Gaumenbogen etwas verdickt und unregelmässig ausgeschweift; Uvula stark verkürzt. Die gesammte Oberfläche der rechten Tonsille ist ulcerirt, mit blassröthlichen grobkörnigen Granulationen bedeckt. Der Schleimhautüberzug der in mässigem Grade vergrösserten linken Gaumenmandel ist scheinbar unverändert: nach Abduction ihres vorderen Randes mit einer entsprechend gebogenen Sonde aber wird im Binnenraum auch dieser Tonsille eine, den daselbst vorhandenen Recessus und dessen nähere Umgebung occupirende Ulceration wahrnehmbar. An der Pars oralis pharyngis rechterseits eine eiterbedeckte, am Rande stark granulirende Geschwürsfläche von etwa 1 cm Länge, 4—5 mm Breite. Am medianen Theil der Schleimhaut des Mund-Pharynx mehrere discrete nadelspitzen-nadelkopfgrosse flache blassgelbe Knötchen. Nach Abziehen des Velum mit dem Gaumenhaken sowie durch pharyn-

goskopische Untersuchung überzeugt man sich, dass der Geschwürsprocess sich auf die hintere Wand des Nasen-Rachenraums in recht weitem Umfange fortsetzt. Durch tiefes Hinunterdrücken der Zunge mit Finger oder Spatel ist der obere Theil des Kehldeckels zu Gesicht zu bringen und lässt sich an der Grenze zwischen dem oberen und rechtslateralen Rande ein wie ausgenagt aussehender schmaler ulceröser Defect erkennen. (Fig. 3.) Mittelst der laryngoskopischen Untersuchung wird eruirt, dass die geschwürigen Veränderungen der rechtsseitigen Rachengebilde nach abwärts auf den Arcus glosso-epiglottic. d. und den Kehlkopfeingang übergreifen. Partielle Zerstörung ist ebenso wie an der Epiglottis auch am lgt. ary-epiglottic. d. eingetreten. R. Taschenband von fungösen Granulationen bedeckt; ein etwa hanfkorngrosses Granulationsknötchen prominirt aus dem vordersten Theil der linken Morgagni'schen Tasche. Stimme z. Z. nicht heiser, soll nur zeitweise etwas belegt sein. Submental-, Submaxillar- und Cervical-Drüsen in mässigem Grade geschwollen, von elastisch-weicher Consistenz. — An der Cornea des rechten Auges frische Phlyktaenen und einige punktförmige graue Flecke. Lichtscheu und Thränenträufeln. Lungen nicht nachweislich erkrankt, überhaupt am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes.

Behandlung: Syr. Ferr. jodat., Syr. Sacch. ana 40,0. 3 mal täglich ein Theelöffel, Touchiren der erkrankten Schleimhaut-Partien mit 50pct. acid. lact., roborirende Diät. Nach Verbrauch von 2 Flaschen obiger Arznei wird Kreosot verordnet.

1. VI. 90. Pat. hat 3 kgr an Gewicht zugenommen. Schwellung der Halslymphdrüsen geringer als früher, doch sind einige haselnussgrosse, mässig indurirte Drüsen noch deutlich nachweisbar. Die älteren Ulcerationen der Tonsillar-Schleimhaut und der Schleimhaut der Pars oralis pharyngis grösstentheils geheilt; die linke Tonsille umfangreicher als früher, an ihrer Kuppe ein erbsengrosses flaches Geschwür. Am medianen obern Theil der Pars oralis pharyngis ein sich auf den Naso-Pharynx direct fortsetzendes und hier ein ca. zweimarkstückgrosses Terrain occupirendes, mit gelbem Secret bedecktes, nicht besonders tiefes Geschwür. Der im Mund-Pharynx sichtbare, annähernd einem Kreissegment entsprechende Theil desselben misst ca. 1 cm im grössten Durchmesser, sein Rand bildet einen nach unten convexen Bogen: aus dem Geschwürsgrunde prominiren einige Granulationen. In der Circumferenz des Geschwürs keine entzündliche Röthung oder Schwellung (vgl. Tafel XXIII, Fig. 3). Laryngoskopisch: Am r. lgt. ary-epiglottic. und am r. Taschenbande flache narbige Defecte, sonst nichts Auffälliges mehr. — Behandlung: Oertlich Einpinselung der ulcerirten Stellen mit Menthol. 15,0, Ol. Olivar. 100,0, Jodoform pulverat. 4,0; innerlich weiterer Gebrauch der Kreosot-Pillen. Von September an wieder lokale Application von 50 procentiger Milchsäure.

Im Laufe der nächsten Monate dehnt sich das Pharynx-Geschwür nach rechts hin auf die seitliche Rachenwand aus und geht von hier auf das Gaumensegel und die rechtsseitigen Gaumenbogen über, den Arcus palato-pharyngeus vollständig, den Arcus palato-glossus grösstentheils zerstörend. Im Geschwürs-Belag werden vereinzelte Tuberkelbacillen nachgewiesen. October 1890 sieht man den Process sich auf die rechte Seite der Zungenwurzelgegend sowie der oralen Kehldeckelfläche fortsetzen und auch an den das Vestibulum laryngis begrenzenden Schleimhautpartien ein Recidiv entstehen. Mässige Schlingbeschwerden. Anämisches Aussehen. Starke Abmagerung. In diesem Zustand wird Pat. am 27. XI. 1890 in die medicinische Klinik zu Königsberg (Prof. Lichtheim) behufs Behandlung mit Robert Koch's Tuberkulin aufgenommen. Temp. an diesem Tage Morgens 37,0, Abends 38,2. Vom 28. XI. bis 30. XI. bleibt Pat. fieberfrei.

21. XI. 1890. Erste subcutane Injection von 0,005 Tuberkulin. Temp. steigt von 36,9 auf 38,8; geringe örtliche Reaction. (Mässige Röthung und geringe Schwellung in der nächsten Umgebung der Pharynx-Ulceration.) Gewicht am 2. XII. 90 30 kgr. Bis zum 18. XII. 1890

erhält Pat. 6 weitere Injectionen unter allmählicher Steigerung der angewandten Dosis. Nach der letzten Einspritzung (von 0,03 Tuberkulin) steigt die Temp. von 36,2 auf 39,3. Die Heilung der Pharynx- und Larynx-Affection hat inzwischen sehr befriedigende Fortschritte gemacht, obschon eine erheblichere örtliche Reaction nie zu Tage trat. Der Heilungsvorgang — soweit derselbe makroskopisch kontrollirbar war — spielte sich einfach in der Weise ab, dass die Geschwürsflächen weniger stark secernirten, ihr Grund ein reineres Aussehen annahm, die kleinhöckerigen Partien am Kehldeckel, dem r. lgt. ary-epiglotticum und dem r. Taschenbande sich abflachten, während gleichzeitig die übrigens nie bedeutende Röthung und Schwellung in der Umgebung der Pharynx-Ulceration nachliess. Eine Exfoliation nekrotischer Massen konnte nicht beobachtet werden. Bereits am 4. XII. 1890 war Pat. aus der Klinik entlassen und hatte während des Decembers nur eine Injection am 18. XII. erhalten (s. o.). In dieser Zeit hebt sich das Allgemeinbefinden ausserordentlich, obschon eine vollkommene Ausheilung des örtlichen Krankheitszustandes vorerst noch nicht erfolgt. Vom 8. I. 91 — 17. I. 91 wird Pat. wiederum in die Klinik aufgenommen und erhält im Verlauf dieser Tage 5 Injectionen von 0,03 — 0,1 Tuberkulin; dann ambulante Behandlung mit Einspritzungen in letzterer Dosis (8 vom Tage der Entlassung aus der Klinik bis zum 27. III. 91). Seit der 2. Aufnahme in die Klinik fand eine febrile Reaction auf die Injectionen nicht mehr statt. Anfang Februar ist der letzte Rest der Ulcerationen überhäutet.

4. IV. 91. An der Stelle des früher vorhandenen Geschwüres der Rachengebilde solide, weisse, sehnig aussehende Narben; am r. Rande des Kehldeckels ein kleiner dreieckiger, narbiger Defect; die vordem veränderten Theile der Schleimhaut der Zungenwurzel, des r. Taschenbandes und des r. lgt. ary-epiglotticum blass, narbig-atrophisch. Pat. sieht blühend wohl aus; Körpergewicht ist seit dem 17. XI. 90 von 31,9 kgr auf 40 kgr, also um etwas über 8 kgr gestiegen.*)

*) Pat. wird am 20. IV. 91 im Verein für wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg vorgestellt. (Michelson: Ueber drei nach Koch's Methode erfolgreich behandelte Fälle von Tuberculose der Schleimhäute der oberen Luftwege. Deutsche med. Wochenschr. 1891.)

Tafel XVIII.

Fig. 1. Breite Condylome (papulöse Schleimhaut-Syphilide, Plaques muqueuses) der Tonsille.

Fig. 2. Tuberculöses (lupöses) Geschwür der rechten Tonsille.

Fig. 3. Tuberculose (lupöse Form) der rechten Tonsille, der Rachenschleimhaut und der Epiglottis.

Tafel XVIII

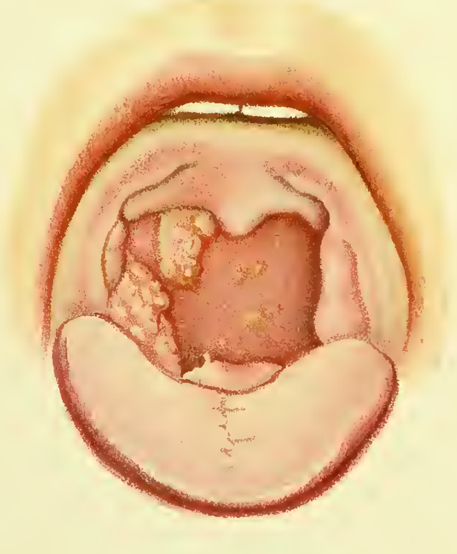
Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



K. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin



Tafel XIX.

Fig. 1. Angina phlegmonosa (Periamygdalitis acuta).

A. P., 37 J. alt, Gastwirth aus dem Landkreis Königsberg.

Der robust gebaute, sonst gesunde Pat. giebt an, ähnliche Halsentzündungen wie jetzt, bereits 1884 und im vergangenen Jahre durchgemacht zu haben. Seit dem 9. X. 89 hatte er über Neigung zum „Trockenschlucken" und Schlingbeschwerden zu klagen. Diese Beschwerden steigerten sich allmählich; am 13. X. 89 war Pat. nicht mehr im Stande, feste Nahrung zu sich zu nehmen; zugleich traten Fiebererscheinungen (Frost, Hitze, Abgeschlagenheit) auf. Erst am 19. X. 89 jedoch, als auch das Geniessen flüssiger Nahrung unmöglich geworden war, suchte Pat. in der Poliklinik eines der Herausgeber des Atlas ärztlichen Rath. Man fand (Fig. 1) eine ziemlich gleichmässige Anschwellung beider Gaumenmandeln; die medialen Partien der Tonsillen überlagerten die lateralen Flächen der gleichfalls verdickten und verlängerten Uvula und engten den Raum des Isthmus faucium erheblich ein. Der Schleimhautüberzug der Tonsillen, der Uvula und der näheren Umgebung dieser Körpertheile war leicht livide geröthet und fielen in der Tonsillar-Schleimhaut ectatische Blutgefässe auf. Den intensivsten Grad entzündlicher Verfärbung zeigte die Gegend des rechten Arcus palato - glossus und wurde Sondenberührung daselbst als stechender Schmerz empfunden. Zungenoberfläche mit dickem Belag bedeckt. Regio submaxillaris beiderseits schmerzhaft auf tiefern Druck. Erheblichere Schwellung der am Hals gelegenen Lymphdrüsen nicht nachweisbar. Temp. 39, 9. c. Puls 102.

Am nächsten Tage berichtete Pat., dass beim Nachhausegehen aus der Poliklinik etwas Eiter aus der rechten Seite des Halses sich spontan entleert habe; er fühlte sich darauf sofort erheblich erleichtert und vermochte den Tag über flüssige Nahrung zu sich zu nehmen. Es wurde constatirt, dass die entzündliche Schwellung und Röthung rechterseits stärker, links weniger ausgesprochen war, als am Tage vorher. Temp. 37,4, Puls 72. Etwa 3 mm über dem obern Theil des r. Arcus palato-glossus wird mit dem lanzenförmigen Messer eine Incision gemacht und fliesst aus der angelegten Oeffnung etwa ein Theelöffel gelben, rahmigen Eiters aus.

24. X. 89. Entzündliche Schwellung vollständig verschwunden. Isthmus faucium von fast normaler Weite. Die mässig vergrösserten Tonsillen prominiren noch etwas über die Gaumenbogen hinaus. Keine subjectiven Beschwerden mehr.

Tafel XIX.

Fig. 2. Angina phlegmonosa (Periamygdalitis acuta).

R., 28 J. alt, Commis aus Königsberg.

Pat., bereits 1886 ein Mal von einem der Herausgeber dieses Atlas an Angina phlegmonosa behandelt, erkrankte in der Nacht vom 10. II. 90 zum 11. II. 90 an Halsschmerzen und suchte, als dieselben sich bis zum 12. II. 90 nicht gebessert hatten, ärztlichen Rath. Man fand an dem genannten Tage bei dem kräftig gebauten, sonst gesunden jungen Manne eine ziemlich gleichmässige Schwellung und Röthung beider Gaumen-Tonsillen. Unter geeigneter Behandlung (Sol. kal. chloric. 8 : 200 als Gurgelwasser, hydropathischer Umschlag um den Hals) verringerten sich die Beschwerden des Patienten der Art, dass er am 14. II. seine seit dem 12. II. unterbrochene Beschäftigung wieder aufnehmen konnte. Am nachfolgenden Tage bereits traten jedoch von Neuem heftige Halsschmerzen, nunmehr besonders linkerseits auf; die Nahrungsaufnahme war erschwert, auch hatten sich Fiebererscheinungen eingestellt.

18. II. 90 (Tag der Aufnahme unserer Abbildung). Pat. hat die letzte Nacht wegen Neigung zum „Trockenschlucken“ und infolge der Empfindung, „als ob ihm der Hals zugeschnürt sei“, schlaflos in halbsitzender Stellung zugebracht; er vermag zur Zeit selbst flüssige Nahrung nur noch theelöffelweise und unter starken Schmerzen zu sich zu nehmen. Temp. (in der Achselhöhle gemessen) 39,2. Puls 102. Bei der Besichtigung der Mundrachenhöhle zeigt sich die Gegend der linken Tonsille und deren nähere Umgebung stark geschwollen, der Schleimhautüberzug der, gegen Sondenberührung recht empfindlichen, etwa pflaumengrossen Intumescenz livid-roth verfärbt, von mattem sammetartigem Glanze. Ein in ganz ähnlicher Weise verändertes Aussehen bietet die Oberfläche der um mindestens ein Drittel ihres normalen Umfangs vergrösserten, nach links gekrümmten und mit ihrem untern Ende der geschwollenen linken Gaumenmandel aufliegenden Uvula dar. An den nicht geschwollenen Partien des Velum und über diese hinaus bis auf die Bedeckung des harten Gaumens hin fällt ein dichtes Netz erweiterter Blutgefässe auf; die von demselben freigebliebenen Stellen sind gelblich verfärbt; eine gleichmässigere blassröthliche Verfärbung zeigt das Integument der in mässigem Grade geschwollenen rechten Gaumenmandel. Zunge, abgesehen von der Spitze und den Rändern mit bräunlichgelbem Belag dick bedeckt.

Behandlung: Durch Einstich mit einem lanzettförmigen Messer in den lateral- und aufwärts der Uvula gelegenen, am stärksten hervorragenden Theil der linksseitigen Anschwellung wird eine reichliche Menge gelben, rahmigen, nicht foetiden Eiters entleert. Sofort tritt grosse subjective Erleichterung und Nachlass der Entzündungserscheinungen ein und ist bis zum 22. II. 90 die Wiederherstellung vollendet.

Ende Juni 1890 wurde Pat. an einer linksseitigen Angina phlegmonosa von geringerer Intensität wiederum behandelt.

Fig. 3. Rachendiphtherie.

A. R., 6 J. alt, Tochter einer Handwerkerwittwe aus Königsberg.

Das bis dahin gesunde und wohlgenährte Kind erkrankte am 24. I. 90 mit Fieber, starken Kopfschmerzen und Schlingbeschwerden; seit dem 26. I. 90 trat Husten von etwas heiserem Charakter auf, am nachfolgenden Tage machten sich schon die ersten Zeichen behinderter Athmung bemerkbar.

Am 28. I. 90 erfolgte die Aufnahme in die chirurgische Klinik und wurde an diesem Tage folgender Befund erhoben: Lippensaum leicht cyanotisch gefärbt. Bei der sehr

frequenten Athmung werden die Nasenflügel lebhaft mitbewegt. Stridor, Einziehung des Epigastriums nicht vorhanden. Während die linke Tonsille in der von den Gaumenbogen gebildeten Nische versteckt bleibt, springt die rechte reliefartig vor; ihre mediale Fläche ist mit festanhaftendem, unregelmässig vertheiltem weissgelblichem Belag bedeckt; die von demselben freigebliebenen Schleimhautstellen lebhaft geröthet; desgleichen sind die der erkrankten Gaumenmandel benachbarten Partien der Schleimhaut des Velum und der Gaumenbogen entzündlich geröthet und geschwollen; nach vorn (im Bilde oben) von der erkrankten Tonsille ist im Bereich eines einige mm breiten Streifens die Oberfläche der Gaumenschleimhaut gelblich verfärbt. Uvula durch entzündliche Schwellung unverhältnissmässig umfangreich, ihre Spitze und Seitentheile mit weissem, sich gegen die lebhaft rothe Umgebung scharf abhebendem Belag verbrämt.

Bei tiefem Herunterdrücken der Zunge kommt in der Mitte der Pars oralis pharyngis eine etwa 4 mm im Durchmesser haltende runde Stelle zu Gesicht, an der das Epithel gequollen und gelb verfärbt erscheint. Die am Hals gelegenen Lymphdrüsen durchweg in mässigem Grade geschwollen, die Submaxillardrüsen auf Druck etwas empfindlich. Am übrigen Körper, in specie an der Haut nichts Bemerkenswerthes. Geringes Fieber.

Behandlung: Zweistündliche Inhalationen von Salicylsäurelösung (1 : 600) mittelst des Zerstäubungsapparats. Gurgeln mit Liquor Alum. acet. (1 : 4 Aqua).

Unter dieser Therapie laufen bis zum 5. II. 90 die Krankheitserscheinungen allmählich ab; die diphtheritischen Beläge sind bereits am 2. II. vollkommen verschwunden.

Fig. 4. Rachendiphtherie.

L. L., 5 Jahre alt, Rabbinersohn aus Russland.

Bei dem bis dahin gesunden Kinde stellten sich am 9. VII. 90 Hitze und Frost, Unruhe, Schlaf- und Appetitlosigkeit ein; zugleich machte sich zeitweise ein heiserer Stimmklang bemerkbar. Gehustet wurde bisher nicht. Am 11. VII. 90 erfolgte die Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg.

12. VII. 90. Pat. ist ein seinem Alter entsprechend entwickelter, normal gebauter Knabe. Temp. gestern Abend 38,2, heute Morgen 37,0. Uvula, hinterer Theil des weichen Gaumens und Tonsillen etwas geröthet und geschwollen, letztere mit glasigem Schleim bedeckt, aber frei von Belägen. An der hintern Rachenwand weissgraue, fest anhaftende Beläge, welche, in Längsstreifen angeordnet, noch einzelne Stellen der Schleimhaut freilassen; seitlich greifen die Beläge auf die Arcus palato-pharyngei über. Die cervicalen Lymphdrüsen etwas intumescirt (erbsengross). Unter den Kieferwinkeln fühlt man beiderseits je eine bohnen-Drüse. Brustorgane normal. Athmung wenig behindert. Sprachklang etwas rauh.

Behandlung: Inhalation von Kalkwasser mittelst des Zerstäubungsapparats, Jodoform-Insufflationen, Pinselungen mit Papajotin.

18. VII. 90. (Tag der Aufnahme unserer Abbildung.) Beläge haben an Ausdehnung und Dichtheit zugenommen, erstrecken sich jetzt auch auf die vordern Gaumenbogen und die Tonsillen; die Pharynxschleimhaut ist, soweit sie sich übersehen lässt, mit einem gleichmässigen matt-grau-weissen pelzähnlichen Ueberzug bedeckt. Stärkere Heiserkeit, erhöhte Respirationsfrequenz: zeitweise leichte Einziehungen in den Fossae supra- und infraclaviculares. Das Kind sieht blass aus, macht einen apathischen Eindruck, schläft viel. Die Untersuchung der Lungen ergiebt das Vorhandensein vereinzelter Rasselgeräusche r. h. u.

20. VII. 90. Morgens fast vollkommene Aphonie, mitunter bellender Husten. Leicht-cyanotisches Aussehen, Verringerung der Diurese; während der Nacht zeitweise Orthopnoe.

Am selben Tage Tracheotomia inferior. Während der Operation werden aus der Luftröhre einzelne membranöse Fetzen entfernt. Weitere Behandlung wie früher (Kalkwasserinhalationen, Papajotineinpinselungen und Jodoforminsufflation).

23. VII. 90. Beläge und Entzündungserscheinungen haben erheblich abgenommen; Athmung frei. Einlegen einer durchbrochenen Kanüle.

24. VII. 90. Entfernung der Canüle.

26. VII. 90. Das Kind fühlt sich wohl, ist ausser Bett. Aussehen der Mundrachenschleimhaut normal. Athmung frei. Tracheotomiewunde granulirt gut.

4. VIII. 90. Geheilt entlassen.

Tafel XIX.

Fig. 1. Angina phlegmonosa (Periamygdalitis acuta).

Fig. 2. Angina phlegmonosa.

Fig. 3. Rachendiphtherie.

Fig. 4. Rachendiphtherie.

Tafel XIX

Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3



Fig. 4



K. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst., Berlin



Tafel XX.

Fig. 1. Tuberculose der Rachengebilde (Pharynx-Tuberculose, Angina tuberculosa).

Frau Sch., 23 J. alt, aus Russland*).

Tuberculöse Heredität. Seit 7 Wochen an Schlingbeschwerden erkrankt, die sich nach der vor 1 Monat erfolgten Entbindung erheblich steigerten, suchte Patientin Ende November 1888 in Königsberg Rath.

Die subjectiven Klagen der elend aussehenden, stark fiebernden Frau bezogen sich auf Speichelfluss, hauptsächlich aber auf Schmerzen im Munde und Halse und die durch diese Schmerzen bedingte Unfähigkeit, feste Nahrung zu geniessen.

Objectiv: Röthung des Zahnfleischsaumes, mit eitrigem Secret bedeckte Ulcerationen am grösseren Theil des Velum palatinum, der Uvula, den Tonsillen und Gaumenbogen. Dass die grösseren Geschwürsflächen sich aus kleinen, kaum stecknadelkopfgrossen, mit einander confluirenden, mehr weniger tiefen, theilweise mit käsigen Massen bedeckten Einzelulcerationen zusammensetzen, lässt sich bei genauerem Zusehen an einigen Stellen erkennen, an anderen, so besonders an der medianen Partie des vorderen Theils der Gaumenschleimhaut, ist es bereits zu umfangreicheren Gewebsdefecten gekommen, in deren Grund einige feine rothe Granula prominiren. Ränder der Ulcerationen unregelmässig ausgebuchtet, landkartenartig; in der näheren Umgebung derselben eine Anzahl nadelspitzen- bis nadelkopfgrosser gelblicher Infiltrate. Uvula auf etwa 2 cm Länge vergrössert, von rüsselartigem, höckrigem Aussehen; ihr Gewebe erscheint bei Sondenbetastung abnorm resistent.

Laryngoscopisch: Zahlreiche grau durchscheinende Knötchen neben kleinen eiterbedeckten Geschwüren an der Epiglottis und dem angrenzenden Theil der Zungenwurzel, den ary- und pharyngo-epiglottischen Falten, der Schleimhaut der Santorini'schen und der Arytänoidknorpel,

---

*) Die Krankengeschichte dieser Patientin ist in der Arbeit eines der Herausgeber des Atlas (Michelson): Ueber Tuberculose der Nasen- u. Mundschleimhaut, Zeitschrift f. klin. Medicin, Bd. XVII, Supplement, S. 220—222, Berlin 1890, in extenso mitgetheilt.

der Regio interarytaenoidea und der Taschenbänder. Kehldeckel und sichtbare Theile der hinteren Kehlkopfwand verdickt. Wahre Stimmbänder intact.

Pharyngoskopisch: Oberfläche der Pars nasalis pharyngis grösstentheils ulcerirt.

Stimme nicht heiser. Mässige Schwellung der Submaxillardrüsen. In dem vom Velum abgekratzten Geschwürsbelag Tuberkelbacillen. Deutlichere Krankheitserscheinungen von Seiten der Lungen erst wenige Tage vor dem am 19. XII. 1888 erfolgten Tode.

Die Obduction ergiebt hinsichtlich der intra vitam festgestellten tuberculösen Veränderungen der Mund- und Nasenrachenhöhle sowie des Kehlkopfinnern nichts Neues. Dagegen erweist sich die Lungenaffection viel ausgedehnter, als nach Massgabe der klinischen Erscheinungen erwartet werden konnte und ist die betreffende Erkrankung zum Theil sichtlich älteren Datums, als die Tuberculose der Mund-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut.

Fig. 2. Tuberculose der Rachengebilde (lupöse Form).

Frau A. F., 58 J. alt, aus Ostpreussen*).

Keine hereditäre Anlage zur Tuberculose. Früher stets gesund bis auf einen seit der Kindheit bestehenden, mit Harthörigkeit verbundenen eitrigen Ausfluss aus dem rechten Ohr und ein im 22. Lebensjahr durchgemachtes „Nervenfieber". März 1889: Erkrankung an Schlingbeschwerden, Verstopfung der Nase, Ohrensausen und Verringerung der Hörweite auf dem bis dahin gesunden linken Ohr, Kopfschmerz. Später auch Husten mit ziemlich reichlicher, schleimig-eitriger Expectoration.

Die Untersuchung am 9. VIII. 1889 zeigt in der Mundrachenhöhle den in Fig. 2 abgebildeten destruirenden entzündlichen Process. Derselbe setzt sich, wie die Spiegeluntersuchung lehrt, auf die Bedeckungen des Cavum pharyngo-nasale fort.

Laryngoskopisch: Freier Rand der Epiglottis an seinem mittleren Theil ulcerös zerstört; der Geschwürsgrund mit gelbem Belag bedeckt, von einer leicht infiltrirten Randzone umgeben. Nach vorne setzt sich die Ulceration auf den Zungengrund fort. Unregelmässig begrenzte, ziemlich genau bilateral-symmetrische Geschwüre an den Bedeckungen beider Aryknorpel und den Ligamenta ary-epiglottica. Stimmbänder und Taschenbänder intact.

Sprache nicht heiser.

Otoskopisch: Aeusserer Gehörgang des rechten Ohrs durch einen mit glatter Oberfläche versehenen, nur stellenweise leicht höckrigen, im Gehörgang beweglichen Tumor von der Färbung normaler Schleimhaut und bindegewebiger Consistenz verlegt. Linkes Trommelfell stark eingezogen.

Lymphdrüsen am Kopf und Hals nicht geschwollen. In den übrigen Organen, in specie auch an der Haut, nichts Krankhaftes nachzuweisen.

Weder im Belag des Geschwürs der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfinnern, noch im Sputum Tuberkelbacillen zu ermitteln. Histologischer Befund des mit der Schlinge extrahirten Ohrpolypen: Gefässreiches Granulationsgewebe ohne Riesenzellen.

Behandlung der Ulcerationen der Mund- und Nasenrachenhöhle und des Kehlkopfs mit täglichen Ueberrieselungen von 15 pCt. Menthol-Oel und darauf folgender Jodoform-Insufflation. Behandlung der Affection des rechten Ohrs: Operative Beseitigung der Granulome, Jodoform-Insufflation.

Heilung innerhalb weniger Wochen (Fig. 4 dieser Tafel). Bis zum 20. IV. 91 (s. d. Text zu Fig. 4) Fortdauer des Wohlbefindens der Patientin.

*) Die Krankengeschichte dieser Patientin ist ebendaselbst S. 218—220 in extenso veröffentlicht.

Tafel XX.

Fig. 3. Tuberculose der Rachengebilde (lupöse Form).

Bisher nicht publicirte Beobachtung von weiland Professor Baum (Göttingen) aus dem Jahre 1854, der die Abbildung mit folgender erläuternden Notiz versehen hatte: „Lupus veli palatini et uvulae. Geht über beide Arcus palatini, über hintere Pharynxwand und, nach der Heiserkeit zu schliessen, auch in die Stimmritzenbänder. Knabe, 6 Jahre alt, seit 3 Jahren leidend."

(Wir verdanken die Erlaubniss, die schöne Abbildung, welche unsrer Fig. 3 zu Grunde liegt, hier wiedergeben zu dürfen, Herrn Dr. Wilhelm Baum, Chef-Arzt des städtischen Krankenhauses zu Danzig.)

Fig. 4. Narbenbildung nach vollendeter Heilung im Fall Fig. 2.

Stellt die Art der Narbenbildung in dem als Fig. 2 dieser Tafel abgebildeten Krankheitsfalle dar. Die Aufnahme der Zeichnung fand am 8. October 1889, etwa 2 Monate später wie die von Fig. 2, statt.

Bisher, d. h. bis zum 20. IV. 1891, an welchem Tage Pat. im Verein f. wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg vorgestellt wurde*), ist ein Recidiv nicht eingetreten.

*) Vgl. den Bericht über diese Sitzung, Deutsche medicinische Wochenschrift, 1891.

Tafel XX.

Fig. 1. Tuberculose der Rachengebilde (Pharynx-Tuberculose, Angina tuberculosa).

Fig. 2. Tuberculose der Rachengebilde (lupöse Form).

Fig. 3. Tuberculose der Rachengebilde (lupöse Form).

Fig. 4. Narbenbildung nach vollendeter Heilung im Fall Fig. 2.

Tafel XX



Fig. 1

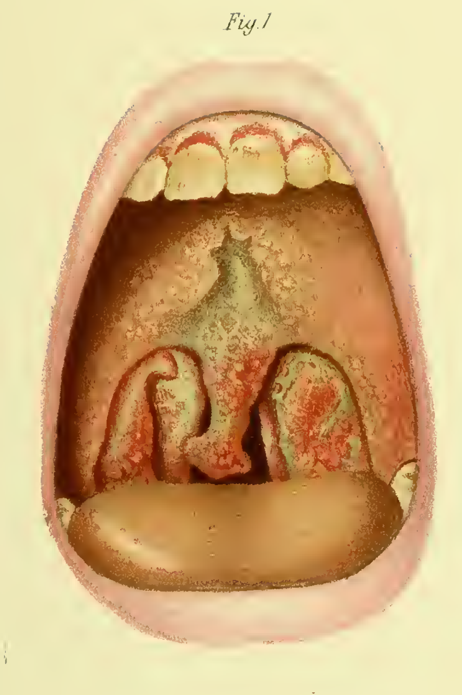


Fig. 2

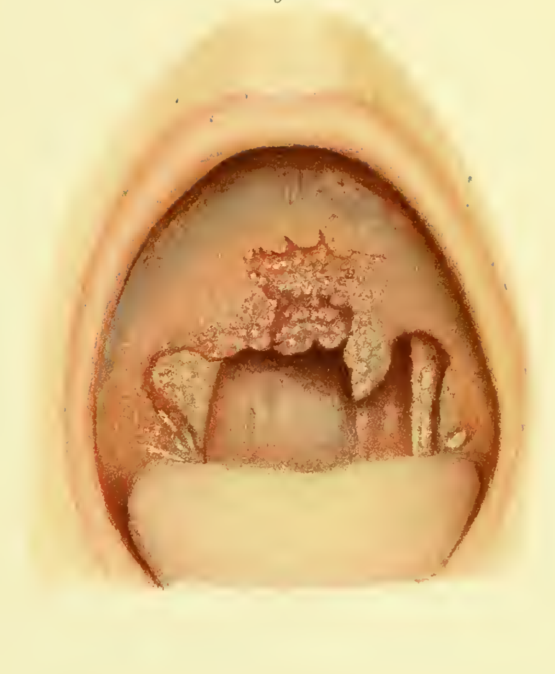


Fig. 3.



Fig. 4



Fig. 1 & 4 H. Braune pinxit
Fig 3 Aus dem Nachlass von weiland Prof. Baum, Göttingen,

A. Meyer Lith. Inst. Berlin



Tafel XXI.

Fig. 1. Spätsyphilitische Infiltration und Ulceration der Rachengebilde; perforirendes Geschwür der Uvula.

F. B., 37 J. alt, Besitzer aus Ostpreussen.

Im ersten Lebensjahre überstand B. die Pocken, 1870 eine Vereiterung einzelner am Halse gelegener Drüsen; später einige Male leichte Halsentzündungen. Vor 20 Jahren machte Pat. eine Gonorrhoe durch, die von mässiger Schwellung der Leistendrüsen begleitet war. An anderweitigen venerischen Affectionen hat er seines Wissens nie gelitten. 1876 verheirathete sich Patient. Schon vorher hatte er mit seiner Ehefrau, bei der Symptome syphilitischer Erkrankung niemals beobachtet sind, eine gesunde, jetzt 16j. Tochter erzeugt und gingen aus der Ehe dann noch 3 Kinder hervor, von denen ein 13j. Knabe und ein 7j. Mädchen am Leben geblieben und gesund sind, während ein 1879 geborenes Kind im Alter von $1/2$ Jahr starb — woran, ist nicht zu eruiren.

Um die Weihnachtszeit des Jahres 1889 stellte sich bei dem Pat. ein schmerzhaftes Gefühl von Trockenheit im Halse und Ohrensausen ein; im Verlaufe der nächsten Monate verringerte sich allmählich das Hörvermögen und nahm die Sprache einen veränderten Charakter an.

Am 28. VI. 1890 stellte sich Pat. einem der Herausgeber dieses Atlas vor, nachdem er schon vorher seiner Beschwerden wegen bei verschiedenen Aerzten Rath gesucht hatte und erfolglos mit Gurgelwässern, Einpinselungen und Einspritzungen behandelt war.

28. VII., 1890. Robust gebauter, gut genährter Mann von gesunder Gesichtsfarbe. An der Haut, der Nase und den Wangen einzelne weisse, flache, hirsekorn- bis linsengrosse (Pocken-) Narben. An der linken Seite des Halses unterhalb der Kehlkopfgegend, ferner dicht über dem Jugulum und am lateralen Rande des M. cleido-mastoid. sinister einige 1—1 $^1/_2$ cm lange, ca. 5—8 mm breite flache Narben, Residuen der früheren Drüsenvereiterung. Kein Exanthem, überhaupt sonst an der Haut nichts Bemerkenswerthes. Einzelne Glandulae cervicales superficiales beiderseits stark erbsengross, auf Druck nicht empfindlich; Cubitaldrüsen von gleicher Beschaffenheit. Die übrigen, der Betastung zugängigen Lymphdrüsen nicht vergrössert. Bei der Besichtigung der Mundrachenhöhle (s. Fig. 1) zeigt sich die Uvula livid-roth verfärbt, verlängert und verdickt, etwa bis zur Grösse des Nagelgliedes eines Fingers. Nahe der Wurzel des Zäpfchens befindet sich an der rechten Seite desselben ein rundliches, scharfrandiges, 3—4 mm im Durchmesser haltendes Geschwür. Der Grund dieses Geschwürs ist mit eitrigem Belag bedeckt. Rechts unten eine Perforationsöffnung in Form eines in etwas schräger Richtung von vorne oben innen nach hinten unten aussen verlaufenden Ganges. Schleimhaut der hinteren Hälfte des Velums, der Tonsillen und Gaumenbogen entzündlich geröthet; Arcus pharyngopalatini gewulstet und ulcerirt. Die pharyngoskopische Untersuchung lehrt, dass die gesammte Rückfläche der Uvula, der hinteren Gaumenbogen und des an seiner oralen Fläche eine einfache Röthung darbietende Velums geschwürig verändert ist. Schleimhaut des Naso-Pharynx und Tubenwülste geröthet und geschwollen. Sprachklang gaumig-nasal. Hörweite beiderseits herabgesetzt. Otoskopisch: Einziehung der Trommelfelle. Am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes.

Ord. Sol. Kal. jodat 6.0 (200,0), 3mal täglich 1 Esslöffel, örtlich Jodoform-Insufflation.

3. VIII. 1890. Beschwerden des Pat. geringer als früher; auch die objectiven Krankheitserscheinungen in augenscheinlicher Besserung, doch ist in der das perforirende Geschwür der Uvula rechts begrenzenden Gewebszone ein Einriss entstanden und hängt nunmehr der untere Theil des Zäpfchens noch weiter hinab als vordem. Derselbe wird heute mit der galvanokaustischen Schlinge abgetragen. Im Uebrigen Fortsetzung der bisherigen Behandlung und ausserdem Beginn einer Inunctionscur.

25. VIII. 1890. Vollkommene Heilung nach Anwendung von 30 gr Jodkalium und 15 mercuriellen Frictionen mit 3, später 4 gr Unguent. Hydrargyr. ciner. pro die; gleichzeitig Bestäubung der Geschwürsflächen mit Jodoform. Es sollen noch einige Inunctionen gemacht und Jodkalium weitergebraucht werden.

6. III. 1891. Pat. befindet sich fortdauernd wohl.

Fig. 2. Spätsyphilitische Infiltration und Ulceration der Rachengebilde. (Pharyngoskopisches Spiegelbild).

A. S., 25 J. alt, unverehelichte Schneiderin aus Königsberg.

Patientin giebt an, früher stets gesund gewesen zu sein, besonders an Hautausschlägen, Drüsenanschwellungen, Halsaffectionen nie gelitten zu haben. Im August 1887 wurde sie von einem ausgetragenen Knaben entbunden, der gesund geboren, nach einigen Wochen an Schnupfen und bald darauf an einem Hautausschlag erkrankte. Der behandelnde (den Herausgebern des Atlas als sachkundig bekannte) Arzt stellte fest, dass diese Erkrankung auf congenitaler Syphilis beruhte. Im Alter von 3 Monaten starb das Kind.

Seit Anfang Mai 1890 hatte Frl. S. über Schlingbeschwerden beim Geniessen fester Nahrung zu klagen; diese Beschwerden steigerten sich allmählich; Anfang Juni 1890 war auch

die Aufnahme flüssiger Nahrung erschwert. Zugleich wurde Pat. durch stechende Schmerzen im Ohr beim Schlingacte und Schluckreiz belästigt. Als diese Beschwerden auch während der nächsten Wochen persistirten, entschloss sich Pat. bei einem der Herausgeber dieses Atlas ärztlichen Rath zu suchen.

4. VII. 1890. Schwächlich gebautes, etwas blass aussehendes Mädchen. Appetit und Schlaf gut, keine Fiebererscheinungen.

Bei der Besichtigung der Mundrachenhöhle zeigt sich die Uvula verlängert und verdickt, am rechtsseitigen oberen Theile derselben ein bogenförmiger ulceröser Defect; auch der an die Uvula angrenzende Theil des Arcus palato-pharyngeus dexter und der rechtsseitigen Interarcualschleimhaut ist zerstört und geht der scharfe und bogenförmig ausgeschweifte Rand dieses letzteren Defects direct in den der Uvula über. Die Schleimhaut des Zäpfchens ist durchweg, am intensivsten aber rechts oben geröthet; auch das Integument des Arc. palatoglossus dexter und die hintere Partie der oralen Fläche des Velum, besonders der rechten Seite desselben bieten eine lebhaft rothe Färbung dar. Die Oberfläche der rechten Tonsille, sowie die dem Arcus palato-pharyng. dexter benachbarte Partie der Pharynxschleimhaut sind ulcerirt, die Geschwürsflächen von einer Zone gerötheter und mässig geschwollener Schleimhaut umgeben. Durch pharyngoskopische Untersuchung (s. Fig. 2) wird festgestellt, dass rechterseits auch die pharyngeale Fläche der Uvula geschwürig verändert und dass die gesammte der Besichtigung zugängige pharyngeale Fläche des Velum in eine, sich auch auf den rechten Tubenwulst fortsetzende granulirende, eiterbedeckte, unregelmässig umrandete Ulceration umgewandelt ist. Die an die betreffende Geschwürsfläche angrenzenden Schleimhautpartien erscheinen mehr oder weniger geröthet und infiltrirt. Gehör beiderseits normal; otoskopisch keine Veränderungen. Auch die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Bemerkenswerthes. Behandlung: Innerlich Sol. kal. jod. 6 : 200, 3mal täglich 1 Esslöffel, örtlich: Jodoform-Insufflation.

15. VII. 1890. Keine subjectiven Beschwerden mehr. Der Grund der Ulcerationen ist mit gut aussehenden Granulationen bedeckt; Röthung und Schwellung der Umgebung geringer als früher.

31. VII. 1890. 30 gr Jodkalium verbraucht. Geschwüre fast vollkommen geheilt mit Hinterlassung eines kleinen Defectes an der medialen Partie der rechtsseitigen Interarcualschleimhaut nnd der rechten Seitenfläche der Uvula. Schleimhautüberzug des Zäpfchens noch etwas geröthet, aber viel weniger geschwollen als früher. Ord. id.

10. VIII. 1890. Geheilt entlassen. 10. III. 91. Pat. befindet sich fortdauernd wohl.

Fig. 3. Sarcom der Tonsillargegend, ein Gumma vortäuschend.

N. N., 53 J. alt, Zimmermeister aus Ostpreussen. Der Vater soll, 78 J. alt, an Blasenkrebs gestorben sein, die Mutter an Cholera. Pat. selbst ist bisher nie erheblich krank gewesen, seit 26 Jahren verheirathet. Seine Kinderlosigkeit soll in einem Fehler seiner Frau (infantiler Uterus?) ihren Grund haben. — Seit 25 Jahren übt Pat. häufig den ausserehelichen Beischlaf aus; vor 5 Jahren acquirirte er einen Tripper; eine anderweitige Infection wird vollkommen in Abrede gestellt. Hin und wieder litt er an verschiedenen Stellen des Körpers an „Flechten und Geschwüren", welche von selbst heilten.

Mitte December 1889 erkrankte Pat. nach einer Erkältung an Schluckbeschwerden; der consultirte Arzt constatirte einen Belag auf der geschwollenen linken Mandel; die Krankheits-

erscheinungen sollen nach Anwendung von Gurgelwässern und Umschlägen nachgelassen haben. Mitte Januar 1890 stellten sich im Anschluss an die Influenza dieselben Beschwerden in gesteigertem Maasse ein. Die linke Mandel schwoll an; zu den Schmerzen beim Schlucken und Sprechen gesellte sich lästiger Speichelfluss. Der Zustand verschlimmerte sich dann stetig, bis Mitte Februar die geschwollene Mandel „aufbrach“ und Eiter entleerte. Doch trat auch jetzt kein völliger Rückgang der Erscheinungen ein. In der letzten Zeit Kopfschmerzen linkerseits. Pat. suchte daher Mitte März in der chirurgischen Klinik zu Königsberg Hilfe.

Am 25. III. 1890, am Tage der Anfertigung der Abbildung (s. Fig. 3) wurde folgender Status notirt: Mittelgrosser, gut genährter Mann von kräftigem, gesundem Aussehen. In den inneren Organen keine Abweichungen nachzuweisen. Starker Fötor ex ore, Oeffnen des Mundes kaum beschränkt. Die linke Hälfte des weichen Gaumens sammt Uvula und Arcus palato-glossus dunkelroth gefärbt, stark geschwollen, nach vorn und rechts gedrängt; die Schleimhautoberfläche von sammetartigem Aussehen; die ganze Partie derb anzufühlen, schmerzhaft; die Röthung und Geschwulst geht ohne scharfe Grenze in die normale Umgebung über; die rechten nicht geschwollenen Gaumenbogen leicht geröthet. An Stelle der l. Tonsille eine schmutzig-blassgelbe nekrotische Gewebsmasse, welche von der Umgebung oberflächlich ringsum schon losgelöst ist, in der Tiefe aber noch in toto festhaftet. Die umgebenden Ränder der entzündeten Schleimhaut gegen die nekrotische Partie scharf abgeschnitten, dabei stellenweise in Form eines schmalen Saumes gelblich verfärbt; die seitliche und die benachbarte hintere Rachenwand in ähnlicher Weise wie der weiche Gaumen geröthet und geschwollen. Weder die Submaxillar-, noch andere Lymphdrüsen tastbar.

Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete auf ein im Centrum zerfallendes Gumma und wurde von allen zu Rathe gezogenen Fachcollegen bestätigt. Mit Rücksicht darauf wurde sofort eine energische antisyphilitische Behandlung eingeleitet (Kal. jodat innerlich, Injectionen von Hydrarg. salicyl., sorgfältige Mundpflege, Jodoform-Bestäuben der nekrotischen Gewebspartie). Wegen eintretender Salivation wird nach 5 Wochen die specifische Behandlung ausgesetzt. In dieser Zeit lässt sich auffälliger Rückgang der Entzündungserscheinungen constatiren: das nekrotische Gewebe abgestossen; an dessen Stelle ein vertieftes, von eitrigem Secret bedecktes Geschwür; die Röthung und Schwellung der Umgebung bis auf eine centimeterbreite Zone um das Geschwür zurückgegangen. Trotzdem fällt es auf, dass die genannte Zone eine bedeutendere Härte und eine gegen die Umgebung schärfere Begrenzung zeigt als vorher, dass der Geschwürsgrund keine Neigung zu einer Granulationsbildung darbietet und dass endlich die subjectiven Beschwerden nicht nachgelassen haben. Bei dem Verdacht auf eine maligne Geschwulst wird ein genügend grosses Stück aus der infiltrirten Partie behufs mikroskopischer Untersuchung excidirt. Diese ergiebt einen zweifelhaften Befund, welcher am ehesten einem chronisch-entzündlichen Process entspricht. Pat. nimmt nach 10tägiger Pause wieder Jodkalium, der Zustand scheint während der nächsten 2—3 Wochen unverändert zu bleiben. Von Mitte Mai an deutliches Wachsthum der Geschwulst; vermehrte Resistenz in der Submaxillargegend. Auf den Vorschlag einer grösseren Operation geht Pat. vorläufig nicht ein; er verlässt am 23. V. die Klinik. Bei der Wiederaufnahme am 5. VI. wird constatirt, dass die derbe Geschwulst ausser dem weichen Gaumen und den Gaumenbogen die seitliche und einen Theil der hintern Rachenwand einnimmt, nach unten bis an den Zungengrund und bis nahe an den Kehldeckel reicht, während nach oben eine deutliche Grenze nicht zu finden ist. Am Unterkieferwinkel mehrere bis haselnussgrosse zusammenhängende Lymphdrüsen. Bedeutende Kiefersperre; hochgradige Beschwerden beim Schlucken und Sprechen; Salivation.

7. VI. Pharyngotomie; Präventive Tracheotomie (Trendelenburg'sche Canüle); Exstir-

pation der Lymphdrüsen, Resection des Kieferastes und Exstirpation des Tumors (nach Mikulicz). Die Geschwulst reicht nach oben bis an's Rachendach, ist anscheinend gut begrenzt und lässt sich ohne erhebliche Schwierigkeiten entfernen. Tamponade der Mundhöhle mit Jodoformgaze. Ungestörte Wundheilung. Bis 17. VI. wird Pat. durch ein dauernd im Oesophagus liegendes fingerdickes Drainrohr, später mittelst des 3 mal täglich eingeführten Schlundrohrs ernährt. 21. VI. wird die reingranulirende Wunde durch Secundärnähte geschlossen. 17. VII. wird Pat. entlassen. Da das Schlucken noch Schwierigkeiten macht und Pat. auf natürlichem Wege zu wenig Nahrung einnimmt, führt er sich selbst 3 mal täglich mittelst Schlundrohr Nahrung ein. — Anfang September 1890 stirbt Pat. in der Heimath, vermuthlich an den Folgen eines localen Recidivs.

Die mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Tumors erwies ein Spindelzellensarcom.

Tafel XXI.

Fig. 1. Spätsyphilitische Infiltration und Ulceration der Rachengebilde; perforirendes Geschwür der Uvula.

Fig. 2. Spätsyphilitische Infiltration und Ulceration der Rachengebilde. (Pharyngoskopisches Spiegelbild.)

Fig. 3. Sarcom der Tonsillargegend, ein Gumma vortäuschend.

Tafel XXI

Fig. 1

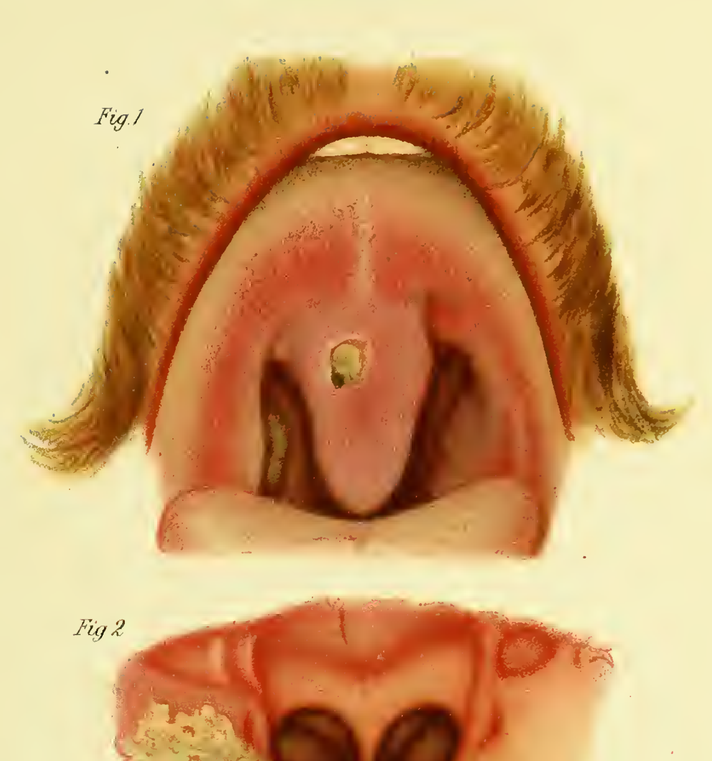
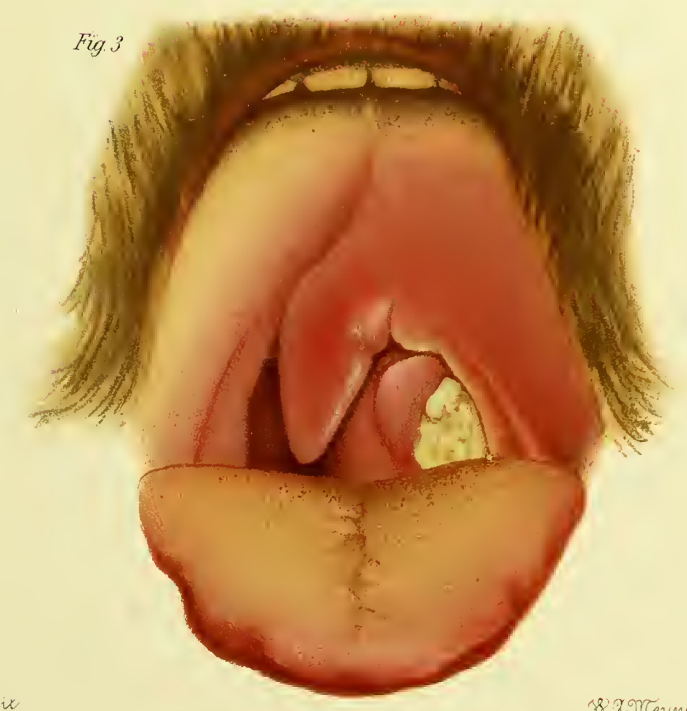


Fig. 2



Fig. 3



K. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin



Tafel XXII.

Fig. 1. Epithelialcarcinom im Bereich des linken Arcus palato-glossus.

A. W., 55 J. alt, Kaufmann aus Ostpreussen, heriditär nicht belastet, bis auf sein jetziges Leiden stets gesund. Januar 1887 stellten sich leichte Schlingbeschwerden und Speichelfluss ein. Der zu Rathe gezogene Arzt verordnete Gurgelwässer, später nahm er Pinselungen mit Höllensteinlösungen und anderen Mitteln vor, ohne eine Besserung zu erzielen. Der Zustand verschlimmerte sich stetig, so dass Pat. vom Arzte an die chirurg. Klinik zu Königsberg gewiesen wurde. Aufnahme daselbst 23. VI. 87. Mittelgrosser, schlecht genährter Mann. Die Untersuchung der inneren Organe ergiebt nichts Abnormes. Der linke Arcus palato-glossus von einem flachen, 15—20 mm im Durchmesser haltenden, auf den Zungengrund übergreifenden Geschwür eingenommen. Der Grund sowie die wallartig aufgeworfenen Ränder des Geschwürs von derber Consistenz. Unter dem linken Kieferwinkel einige bis bohnengrosse, harte, bewegliche Drüsen fühlbar. 27. VI. 87 präventive Tracheotomie. 6. VII. Pharyngotomie behufs Exstirpation der Geschwulst. Narkose mittelst Trendelenburg'scher Canüle. Schnitt vom Warzenfortsatz längs des Kopfnickers bis in die Höhe des Zungenbeins, von da im flachen Bogen bis zum Zungenbeinhorn ziehend. Exstirpation der Drüsen, Eröffnung des Pharynx, Exstirpation der circa markstückgrossen flachen Geschwulstmasse sammt den angrenzenden Theilen des Zungengrundes, der (übrigens unveränderten) Tonsille und der seitlichen Rachenwand. Tamponade mit Jodoformgaze, Einlegen eines fingerdicken Kautschukrohrs in den Oesophagus behufs künstlicher Ernährung. — Am Abend des ersten Operationstages tritt eine heftige Nachblutung aus dem Munde ein, welche mit dem Mikulicz'schen Tonsillencompressorium gestillt wird. Im Uebrigen glatter Wundverlauf. 19. VI. Entfernung der Trachealkanüle und des Schlundrohrs. Pat. schluckt zum Theil selbst, zum Theil wird er mittelst Schlundrohr ernährt. 29. VI. geheilt entlassen. Pat. nimmt ohne Schwierigkeit

Nahrung jeder Art zu sich; von der durch Secundärnaht vereinigten äusseren Wunde ist noch eine kleine Lücke vorhanden, welche sich in weiteren 10 Tagen spontan schliesst.

Mikroskopischer Befund der excidirten Geschwulst: Epithelialcarcinom.

Pat. erholte sich bald vollständig, ging seinen Geschäften nach und blieb fast ein Jahr recidivfrei. Das Kauen und Schlingen ging anstandslos vor sich, die den Gaumenbogen ersetzende Narbe war weich, nachgiebig und schmerzlos. Im Sommer 1888 stellten sich allmählich wieder Schlingbeschwerden und Speichelfluss ein; schon in den ersten Tagen des August wurde in der Klinik ein Recidiv constatirt, welches wieder die Stelle des linken Gaumen-Zungenbogens einnahm. Erst Ende September entschloss sich Pat. zur abermaligen Aufnahme. Status am 2. X. 88. an welchem die Abbildung Fig. 1 angefertigt wurde: Bei dem schlecht genährten, leidend aussehenden Manne zeigen die inneren Organe keine nachweisbaren Veränderungen. Die Gegend des linken Arcus palato-glossus ist von einem umfänglichen Geschwür eingenommen, welches auf den Zungengrund und weichen Gaumen übergreift, dessen unregelmässig geformte Ränder wallartig erhöht und fast knorpelhart sind. Bei weiterer digitaler Untersuchung stellt sich die ganze veränderte Partie als eine derbe unverschiebliche Geschwulstmasse dar, welche die seitliche Rachenwand bis in die Höhe der Choane, das äussere Drittel des weichen Gaumens, sowie des Zungengrundes bis nahe an den Kehldeckel einnimmt. Hinter dem Kieferwinkel, etwa der Mitte der Operationsnarbe entsprechend, ein kastaniengrosser, tiefliegender derber Knoten, welcher mit der Haut nicht verwachsen, wohl aber mit dem Pharynxtumor in Verbindung zu stehen scheint.

6. X. 88. Abermalige Pharyngotomie mit temporärer Durchsägung des Unterkiefers (nach Mikulicz) und präventiver Tracheotomie. Im Bereich des Pharynx lässt sich der Tumor vollständig entfernen; der von aussen fühlbare Knoten steht mit der Scheide der grossen Gefässe in Verbindung und lässt sich nur schwer herauspräpariren. Im Uebrigen Behandlung und Heilungsverlauf wie nach der ersten Operation. 30. X. kann Pat. bereits flüssige und breiige Nahrung selbst schlucken. — Eine knöcherne Vereinigung der Unterkieferfragmente tritt nicht ein; auch gelingt es nicht, eine Fistel am Kieferwinkel zu schliessen welche mit dem Pharynx communicirt und immer etwas flüssige Nahrung nach aussen treten lässt, wodurch die Ernährung des Pat. nicht unwesentlich erschwert ist. 17. I. 89 wird Pat. in diesem Zustand aus der Klinik entlassen. — 23. III. 89 stirbt Pat. in der Heimath „unter den Erscheinungen der Inanition". (Bericht des Herrn Dr. Korn.)

Mikroskopischer Befund der zuletzt excidirten Geschwulst: Plattenepithelialcarcinom mit zahlreichen verhornten Epithelmassen. —

Fig. 2. Tuberculöses Geschwür der Tonsillargegend.

N. N. 34jähriger Mann.

(Die genaue Krankengeschichte dieses im Wintersemester 1888/9 in der chirurgischen Poliklinik zu Königsberg beobachteten Falles ist leider verloren gegangen; auch gelang es nicht, über das weitere Schicksal des Pat. etwas in Erfahrung zu bringen. Zum Glück ist ein genauer histologischer Befund [Dr. Ortmann] vorhanden.)

Die Gegend der linken Mandel ist von einem umfänglichen, auf den weichen Gaumen, die hintere Rachenwand und den Zungengrund übergreifendem Geschwür eingenommen; die Schleimhaut ist in ihrer ganzen Dicke zerstört, beide Gaumenbogen dieser Seite fast aufgezehrt. Der Geschwürsgrund wird von schmutzig-gelblichem, leicht blutendem Gewebe gebildet. Die Ränder unregelmässig geformt, stellenweise steil abfallend, stellenweise unterminirt. Die

leicht gerötheten Geschwürsränder fühlen sich wenig härter an, als die normale Nachbarschaft. Eine sichtbare entzündliche Reaction fehlt in der weiteren Umgebung des Geschwüres vollständig; doch lässt von den beiden in der Nähe dieser grossen Ulceration befindlichen Lenticulär-Geschwüren der Gaumen- und der Rachenschleimhaut das erstere einen schmalen gerötheten Hof erkennen.

Histologischer Befund: Ein vom Geschwürsrande excidirtes Stückchen zeigt bei mikroskopischer Untersuchung an senkrechten Schnitten die Schleimhaut bis zur Muskulatur ununterbrochen. Der Geschwürsrand steil abfallend, sieht fast wie der Rand eines Einrisses in die Schleimhaut aus; seine Oberfläche aus Granulationsgewebe gebildet. In der Umgebung des Geschwürsrandes ist die ganze Dicke der Schleimhaut bis zur Muskulatur durchsetzt von zahlreichen kleinsten, scharf begrenzten Knötchen, welche sämmtlich den Bau von Epitheloid-Riesenzelltuberkeln zeigen; bei einigen centrale Verkäsung. Das geschichtete Plattenepithel der Schleimhaut zieht bis an den Geschwürsrand; die subepitheliale Schicht der Schleimhaut ist in der Umgebung des Geschwürsrandes entzündlich infiltrirt. Die Untersuchung auf Tuberkelbacillen war negativ.

Tafel XXII.

Fig. 1. Epithelialcarcinom im Bereich des linken Arcus palatus-glossus.

Fig. 2. Tuberculöses Geschwür der Tonsillargegend.

Tafel XXII

Fig. 1



Fig. 2



K. Braune pinxit

W. A. Meyn, lith. Inst., Berlin









